

告示番号 **26** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **1/2**

病名	1 巨赤芽球性貧血					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日						
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村			
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)		BMI		
		年 月 日		年 月 日		肥満度	%			
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日						
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()									
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)				療育手帳	なし ・ あり			
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)							
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				運動制限の必要性		なし ・ あり			
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載										
診断	二次性の原因: ()									
症状	全身	貧血: [なし ・ あり]								
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]		紫斑: [なし ・ あり]						
	消化器	黄疸: [なし ・ あり]		肝腫大: [なし ・ あり]		脾腫大: [なし ・ あり]				
		消化器症状: [なし ・ あり]		腹部症状: [なし ・ あり]						
	精神・神経	神経症状: [なし ・ あり]								
その他	症状 (その他): ()									
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
診断	二次性の原因: ()									
症状	全身	貧血: [なし ・ あり]								
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]		紫斑: [なし ・ あり]						
	消化器	黄疸: [なし ・ あり]		肝腫大: [なし ・ あり]		脾腫大: [なし ・ あり]				
		消化器症状: [なし ・ あり]		腹部症状: [なし ・ あり]						
	精神・神経	神経症状: [なし ・ あり]								
その他	症状 (その他): ()									
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載										
血液検査	白血球数: ()/μL		好中球: ()%		リンパ球: ()%		単球: ()%			
	好酸球: ()%		網赤血球: ()%		ヘモグロビン (Hb): ()g/dL		平均赤血球容積 (MCV): ()fL			
血液検査	赤血球数: ()×10 ⁴ /μL		LDH: ()U/L		フェリチン: ()ng/mL・未実施		TIBC: ()mg/dL			
	血小板数: ()×10 ⁴ /μL		葉酸: ()ng/mL		ビタミンB ₁₂ : ()pg/mL					
	血清鉄 (Fe): ()mg/dL		直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]							
	UIBC: ()μg/dL									
	自己抗体種別: [未実施 ・ 実施]									
	検査方法: ()									
	所見: ()									
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)							
	検査法: ()									
骨髓検査	骨髓検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)							
	赤芽球系: ()%		顆粒球系: ()%		単球系: ()%		リンパ球系: ()%			
	芽球系: ()%		造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [なし ・ あり]		骨髓球系: [なし ・ あり]		巨核球: [なし ・ あり]			

告示番号 **26** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

画像検査	超音波検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	CT検査 (肝) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	画像検査 (消化管) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	白血球数 : () / μ L 好中球 : () % リンパ球 : () % 単球 : () % 好酸球 : () % 網赤血球 : () ‰ 赤血球数 : () $\times 10^4 / \mu$ L ヘモグロビン (Hb) : () g/dL 平均赤血球容積 (MCV) : () fL 血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L LDH : () U/L 血清鉄 (Fe) : () mg/dL フェリチン : () ng/mL ・ 未実施 TIBC : () mg/dL UIBC : () μ g/dL 葉酸 : () ng/mL ビタミンB ₁₂ : () pg/mL 直接Coombs試験 : [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
	自己抗体種別 : [未実施 ・ 実施] 検査方法 : () 所見 : ()
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 検査法 : () 所見 : ()
骨髓検査	骨髓検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
画像検査	超音波検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	合併症 : [なし ・ あり] 詳細 : ()
家族歴	本疾患の家族歴 : [なし ・ あり ・ 不明]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法 : [なし ・ あり] 薬剤名 : ()
輸血療法	赤血球輸血 : [なし ・ あり] 頻度 : [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
治療	治療 (その他) : ()
治療状況	現在の治療状況 : [治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他] 現在の治療状況 (その他) : ()
今後の治療方針	今後の治療方針 : ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 通院頻度 : () 回/月
医療機関・医師署名	
上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関住所	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		26		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2		
病名	2 後天性赤芽球癆							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規					
受給者番号				受診日	年 月 日									
ふりがな							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
氏名 (Alphabet)														
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢			歳 か月 日			性別			男・女・性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村						
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI					
	年 月 日	年 月 日			年 月 日	年 月 日			肥満度	%				
発病時期	年 月 頃			初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他()													
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)						療育手帳	なし・あり					
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)	なし・あり(等級 1級・2級・3級)												
現状評価	治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能						運動制限の必要性			なし・あり				
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する・しない・不明			小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当			する・しない・不明				
臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載														
診断	二次性の原因:()													
症状	全身	貧血:[なし・あり]			鉄過剰症状:[なし・あり]									
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]			紫斑:[なし・あり]									
	消化器	黄疸:[なし・あり]			肝腫大:[なし・あり]			脾腫大:[なし・あり]						
	その他	症状(その他):()												
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載														
診断	二次性の原因:()													
症状	全身	貧血:[なし・あり]			鉄過剰症状:[なし・あり]									
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]			紫斑:[なし・あり]									
	消化器	黄疸:[なし・あり]			肝腫大:[なし・あり]			脾腫大:[なし・あり]						
	その他	症状(その他):()												
検査所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載														
血液検査	白血球数:()/μL	好中球:()%		リンパ球:()%		単球:()%								
	好酸球:()%	網赤血球:()%		好中球数:()/μL										
	赤血球数:()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン(Hb):()g/dL			平均赤血球容積(MCV):()fL									
	血小板数:()×10 ⁴ /μL	血清直接ビリルビン(D-Bil):()mg/dL			血清間接ビリルビン(I-Bil):()mg/dL									
	LDH:()U/L	血清鉄(Fe):()mg/dL			フェリチン:()ng/mL・未実施									
	TIBC:()mg/dL	UIBC:()μg/dL												
	直接Coombs試験:[陰性・陽性・不明]													
	自己抗体種別:[未実施・実施]													
	検査方法:()													
	所見:()													
末梢血白血球形態異常:[なし・あり]														
所見:()														
末梢血赤血球形態異常:[なし・あり]														
所見:()														
細胞表面抗原検査	CD59陰性細胞比率(フローサイトメトリー法):[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()%													
赤血球特殊検査	HAMテスト:[陰性・陽性・不明]													
	赤血球アデノシンデアミナーゼ活性(eADA):[未実施・実施] 実施日:(年 月 日)													
	所見:()													
	還元型グルタチオン(eGSH):[未実施・実施] 実施日:(年 月 日)													
所見:()														
赤血球特殊検査(その他):[未実施・実施] 実施日:(年 月 日)														
検査法:()														
所見:()														
骨髄検査	骨髄検査:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日)													
	赤芽球系:()%		顆粒球系:()%		単球系:()%		リンパ球系:()%							
	芽球系:()%		有核細胞数:()×10 ⁴ /μL		巨核球数:()/mL									
	造血細胞の形態異常:赤芽球系:[なし・あり]			骨髄球系:[なし・あり]			巨核球:[なし・あり]							
感染症免疫学的検査	ウイルス検査:[未実施・実施]													
所見:()														

告示番号 **26** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	CT検査 (肝): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()% 好中球数: ()/μL 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 平均赤血球容積 (MCV): ()fL 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil): ()mg/dL LDH: ()U/L 血清鉄 (Fe): ()mg/dL フェリチン: ()ng/mL・未実施 TIBC: ()mg/dL UIBC: ()μg/dL 直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
	自己抗体種別: [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検査法: () 所見: ()
骨髄検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法: [なし ・ あり] 薬剤名: () 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 薬剤名: () ステロイド薬: [なし ・ あり] 除鉄剤: [なし ・ あり] アンドロゲン療法: [なし ・ あり] 薬剤名: () 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] サイトカイン類: [なし ・ あり] 薬剤名: () 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
輸血療法	赤血球輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
移植	造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日: (年 月 日) ドナー: [血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアレル一致度: [8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] HLA抗原一致度: [完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明] ex vivo細胞除去: [未実施 ・ 実施 ・ 不明] 前処置: ()
治療	治療 (その他): ()
治療状況	現在の治療状況: [治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他] 現在の治療状況 (その他): ()
今後の治療方針	今後の治療方針: () 治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月
医療機関・医師署名	
上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関住所	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		27		血液疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2			
病名	3 先天性赤芽球癆(ダイヤモンド・ブラックファン(Diamond-Blackfan)貧血)					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号			受診日	年 月 日							
ふりがな					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
氏名 (Alphabet)											
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳	か	月	日	性別	男・女・性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所 () 都道府県 () 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI		
		年	月	日		年	月	日	肥満度	%	
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日							
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他()										
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)					療育手帳	なし・あり			
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)		なし・あり(等級 1級・2級・3級)								
現状評価	治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能					運動制限の必要性		なし・あり			
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する・しない・不明		小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当			する・しない・不明			
臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載											
症状	全身	低身長(身長-2.0SD以下): [なし・あり]			貧血: [なし・あり]		鉄過剰症状: [なし・あり]				
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし・あり]			紫斑: [なし・あり]						
	消化器	黄疸: [なし・あり]			肝腫大: [なし・あり]		脾腫大: [なし・あり]				
	筋・骨格	四肢・骨格奇形: [なし・あり]									
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし・境界・軽度・中等度・重度・最重度・不明]									
	その他	小奇形: [なし・あり] 症状(その他): ()									
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載											
症状	全身	低身長(身長-2.0SD以下): [なし・あり]			貧血: [なし・あり]		鉄過剰症状: [なし・あり]				
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし・あり]			紫斑: [なし・あり]						
	消化器	黄疸: [なし・あり]			肝腫大: [なし・あり]		脾腫大: [なし・あり]				
	筋・骨格	四肢・骨格奇形: [なし・あり]									
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし・境界・軽度・中等度・重度・最重度・不明]									
	その他	小奇形: [なし・あり] 症状(その他): ()									
検査所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載											
血液検査	白血球数: ()/μL		好中球: ()%		リンパ球: ()%		単球: ()%				
	好酸球: ()%		網赤血球: ()%		好中球数: ()/μL						
	赤血球数: ()×10 ⁴ /μL		ヘモグロビン(Hb): ()g/dL		平均赤血球容積(MCV): ()fL						
	血小板数: ()×10 ⁴ /μL		血清直接ビリルビン(D-Bil): ()mg/dL		血清間接ビリルビン(I-Bil): ()mg/dL						
	LDH: ()U/L		血清鉄(Fe): ()mg/dL		フェリチン: ()ng/mL・未実施						
	TIBC: ()mg/dL		UIBC: ()μg/dL		直接Coombs試験: [陰性・陽性・不明]						
自己抗体種別: [未実施・実施] 検査方法: () 所見: ()											
末梢血白血球形態異常: [なし・あり] 所見: ()											
末梢血赤血球形態異常: [なし・あり] 所見: ()											
細胞表面抗原検査	CD59陰性細胞比率(フローサイトメトリー法): [未実施・実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()										
赤血球特殊検査	HAMテスト: [陰性・陽性・不明]										
	赤血球アデニンシデアミナーゼ活性(eADA): [未実施・実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()										
	還元型グルタチオン(eGSH): [未実施・実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()										
	赤血球特殊検査(その他): [未実施・実施] 実施日: (年 月 日) 検査法: () 所見: ()										
骨髄検査	骨髄検査: [未実施・実施] 実施日: (年 月 日) 赤芽球系: ()% 顆粒球系: ()% 単球系: ()% リンパ球系: ()% 芽球系: ()% 有核細胞数: ()×10 ⁴ /μL 巨核球数: ()/mL 造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [なし・あり] 骨髄球系: [なし・あり] 巨核球: [なし・あり]										
病理検査	骨髄生検: [未実施・実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()										

告示番号 **27** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	CT検査 (肝): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()% 好中球数: ()/μL 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 平均赤血球容積 (MCV): ()fL 血小版数: ()×10 ⁴ /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil): ()mg/dL LDH: ()U/L 血清鉄 (Fe): ()mg/dL フェリチン: ()ng/mL・未実施 TIBC: ()mg/dL UIBC: ()μg/dL 直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
	自己抗体種別: [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()

赤血球特殊検査	赤血球特殊検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検査法: () 所見: ()
---------	---

骨髄検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
------	--

病理検査	骨髄生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
------	--

画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
------	---

遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()

検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()
------------	-----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()
-----	-----------------------------

家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明]
-----	---------------------------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法: [なし ・ あり] 薬剤名: () 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 薬剤名: () 免疫グロブリン大量療法: [なし ・ あり] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] ステロイド薬: [なし ・ あり] G-CSF療法: [なし ・ あり] 除鉄剤: [なし ・ あり]
	アンドロゲン療法: [なし ・ あり] 薬剤名: () 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] サイトカイン類: [なし ・ あり] 薬剤名: () 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]

輸血療法	赤血球輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
------	--

移植	造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日: (年 月 日) ドナー: [血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアレル一致度: [8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] HLA抗原一致度: [完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明] ex vivo細胞除去: [未実施 ・ 実施 ・ 不明] 前処置: ()
	治療 (その他): ()

治療状況	現在の治療状況: [治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他] 現在の治療状況 (その他): ()
------	---

今後の治療方針	今後の治療方針: ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。			
医療機関名	記載年月日 年 月 日		
医療機関住所	診療科		
	医師名		
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		

告示番号		43		血液疾患 ()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	4 先天性赤血球形成異常性貧血							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号			受診日	年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村			
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI				
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	肥満度	%				
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日							
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校 (専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校 / 専修学校 など ・ 大学 (短期大学を含む) ・ 就労 (就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()										
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級 ・ 5 級 ・ 6 級)					療育手帳	なし ・ あり			
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級)								
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性		なし ・ あり			
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 (診断時) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載											
症状	全身	貧血: [なし ・ あり]				鉄過剰症状: [なし ・ あり]					
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]				紫斑: [なし ・ あり]					
	消化器	黄疸: [なし ・ あり]				肝腫大: [なし ・ あり]		脾腫大: [なし ・ あり]			
	筋・骨格	四肢・骨格奇形: [なし ・ あり]									
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]									
	その他	症状 (その他): ()									
臨床所見 (申請時) ※ 直近の状況を記載											
症状	全身	貧血: [なし ・ あり]				鉄過剰症状: [なし ・ あり]					
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]				紫斑: [なし ・ あり]					
	消化器	黄疸: [なし ・ あり]				肝腫大: [なし ・ あり]		脾腫大: [なし ・ あり]			
	筋・骨格	四肢・骨格奇形: [なし ・ あり]									
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]									
	その他	症状 (その他): ()									
検査所見 (診断時) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載											
血液検査	白血球数: () / μ L	好中球: () %	リンパ球: () %	単球: () %							
	好酸球: () %	網赤血球: () %	赤血球数: () $\times 10^4 / \mu$ L	ヘモグロビン (Hb): () g/dL							
	ヘモグロビンF (HbF): () %	平均赤血球容積 (MCV): () fL	血小板数: () $\times 10^4 / \mu$ L								
	血清直接ビリルビン (D-Bil): () mg/dL	血清間接ビリルビン (I-Bil): () mg/dL	LDH: () U/L								
	血清鉄 (Fe): () mg/dL	フェリチン: () ng/mL	未実施	TIBC: () mg/dL	UIBC: () μ g/dL						
	血清ハプトグロビン: () mg/dL	未実施	直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]								
	自己抗体種別: [未実施 ・ 実施]	検査方法: ()									
	所見: ()										
	末梢血白血球形態異常: [なし ・ あり]	所見: ()									
	末梢血赤血球形態異常: [なし ・ あり]	所見: ()									
細胞表面抗原検査	CD59陰性細胞比率 (フローサイトメトリー法): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: () %										
赤血球特殊検査	HAMテスト: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]										
	赤血球アデノシンデアミナーゼ活性 (eADA): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)										
	還元型グルタチオン (eGSH): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)										
赤血球特殊検査 (その他): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)										
	検査法: ()										
	所見: ()										
骨髓検査	骨髓検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)										
	赤芽球系: () %	顆粒球系: () %	単球系: () %	リンパ球系: () %							
	芽球系: () %	有核細胞数: () $\times 10^4 / \mu$ L	巨核球数: () / mL								
造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [なし ・ あり] 骨髓球系: [なし ・ あり] 巨核球: [なし ・ あり]											
病理検査	骨髓生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)										
所見: ()											

告示番号 **43** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	CT検査 (肝): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	CT検査 (肺): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()% 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘモグロビンF (HbF): ()% 平均赤血球容積 (MCV): ()fL 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil): ()mg/dL LDH: ()U/L 血清鉄 (Fe): ()mg/dL フェリチン: ()ng/mL・未実施 TIBC: ()mg/dL UIBC: ()μg/dL 血清ハプトグロビン: ()mg/dL・未実施 直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 自己抗体種別: [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検査法: () 所見: ()
骨髄検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
病理検査	骨髄生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()
既往歴	重症新生児黄疸: [なし ・ あり] 遷延性新生児黄疸: [なし ・ あり]
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法: [なし ・ あり] 薬剤名: () 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 薬剤名: () 免疫グロブリン大量療法: [なし ・ あり] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] ステロイド薬: [なし ・ あり] G-CSF療法: [なし ・ あり] 除鉄剤: [なし ・ あり]
	アンドロゲン療法: [なし ・ あり] 薬剤名: () 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
	サイトカイン類: [なし ・ あり] 薬剤名: () 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
輸血療法	赤血球輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
移植	造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日: (年 月 日) ドナー: [血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアレル一致度: [8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] HLA抗原一致度: [完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明] ex vivo細胞除去: [未実施 ・ 実施 ・ 不明] 前処置: ()
治療	治療 (その他): ()
治療状況	現在の治療状況: [治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他] 現在の治療状況 (その他): ()
今後の治療方針	今後の治療方針: ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名 _____ 記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関住所 _____

診療科 _____
医師名 _____
小児慢性特定疾病 指定医番号 (_____)

告示番号		46		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	5 鉄芽球形貧血							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
氏名 (Alphabet)													
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢			歳 か月 日		性別		男・女・性別未決定		
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI				
	年 月 日	年 月 日			年 月 日	年 月 日			肥満度	%			
発病時期	年 月 頃			初診日	年 月 日								
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他()												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)						療育手帳	なし・あり				
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)	なし・あり(等級 1級・2級・3級)											
現状評価	治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能						運動制限の必要性		なし・あり				
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する・しない・不明			小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する・しない・不明			
臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
診断	二次性の原因:()												
症状	全身	貧血:[なし・あり]			鉄過剰症状:[なし・あり]								
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]			紫斑:[なし・あり]								
	消化器	黄疸:[なし・あり]			肝腫大:[なし・あり]			脾腫大:[なし・あり]					
		消化器症状:[なし・あり]			腹部症状:[なし・あり]								
	精神・神経	神経症状:[なし・あり]											
	耳鼻咽喉	難聴:[なし・あり]											
その他	症状(その他):()												
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載													
診断	二次性の原因:()												
症状	全身	貧血:[なし・あり]			鉄過剰症状:[なし・あり]								
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]			紫斑:[なし・あり]								
	消化器	黄疸:[なし・あり]			肝腫大:[なし・あり]			脾腫大:[なし・あり]					
		消化器症状:[なし・あり]			腹部症状:[なし・あり]								
	精神・神経	神経症状:[なし・あり]											
	耳鼻咽喉	難聴:[なし・あり]											
その他	症状(その他):()												
検査所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液検査	白血球数:()/μL		好中球:()%		リンパ球:()%		単球:()%						
	好酸球:()%		網赤血球:()%		赤血球数:()×10 ⁴ /μL		ヘモグロビン(Hb):()g/dL						
	ヘモグロビンF(HbF):()%		平均赤血球容積(MCV):()fL		血小板数:()×10 ⁴ /μL								
	血清直接ビリルビン(D-Bil):()mg/dL		血清間接ビリルビン(I-Bil):()mg/dL		LDH:()U/L								
	血清鉄(Fe):()ng/mL・未実施		フェリチン:()ng/mL・未実施		TIBC:()mg/dL		UIBC:()μg/dL						
	直接Coombs試験:[陰性・陽性・不明]												
	末梢血赤血球形態異常:[なし・あり]												
	所見:()												
細胞表面抗原検査	CD59陰性細胞比率(フローサイトメトリー法):[未実施・実施] 実施日:()年()月()日 所見:()%												
赤血球特殊検査	HAMテスト:[陰性・陽性・不明]												
	赤血球アデノシンデアミンナーゼ活性(eADA):[未実施・実施] 実施日:()年()月()日												
	所見:()												
	還元型グルタチオン(eGSH):[未実施・実施] 実施日:()年()月()日												
	所見:()												
	赤血球特殊検査(その他):[未実施・実施] 実施日:()年()月()日												
	検査法:()												
	所見:()												
骨髓検査	骨髓検査:[未実施・実施] 実施日:()年()月()日												
	赤芽球系:()%		顆粒球系:()%		単球系:()%		リンパ球系:()%						
	芽球系:()%		有核細胞数:()×10 ⁴ /μL		巨核球数:()/mL								
	環状鉄芽球が骨髓総赤芽球が15%を超える:[なし・あり]												
	造血細胞の形態異常:赤芽球系:[なし・あり] 骨髓球系:[なし・あり] 巨核球:[なし・あり]												
病理検査	骨髓生検:[未実施・実施] 実施日:()年()月()日												
	所見:()												

告示番号 **46** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	CT検査 (肝): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	CT検査 (肺): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()% 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘモグロビンF (HbF): ()% 平均赤血球容積 (MCV): ()fL 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil): ()mg/dL LDH: ()U/L 血清鉄 (Fe): ()mg/dL フェリチン: ()ng/mL・未実施 TIBC: ()mg/dL UIBC: ()μg/dL 直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 自己抗体種別: [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()
	赤血球特殊検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検査法: () 所見: ()
	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
病理検査	骨髄生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法: [なし ・ あり] 薬剤名: () 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 薬剤名: () 免疫グロブリン大量療法: [なし ・ あり] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] ステロイド薬: [なし ・ あり] 除鉄剤: [なし ・ あり]
	輸血療法 赤血球輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
移植	造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日: (年 月 日) ドナー: [血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアレル一致度: [8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] HLA抗原一致度: [完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明] ex vivo細胞除去: [未実施 ・ 実施 ・ 不明] 前処置: ()
	治療 (その他): ()
治療状況	現在の治療状況: [治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他] 現在の治療状況 (その他): ()
今後の治療方針	今後の治療方針: ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月
医療機関・医師署名	
上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関住所	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		50		血液疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2		
病名	6 無トランスフェリン血症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日						
ふりがな					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
氏名 (Alphabet)										
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別 男・女・性別未決定			
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所 () 都道府県 () 市区町村				
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI			
	年 月 日		年 月 日		年 月 日		肥満度	%		
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日						
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他()									
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)				療育手帳	なし・あり			
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)		なし・あり(等級 1級・2級・3級)							
現状評価	治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能				運動制限の必要性		なし・あり			
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する・しない・不明		小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当			する・しない・不明		
臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載										
症状	全身	貧血:[なし・あり]			鉄過剰症状:[なし・あり]					
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]			紫斑:[なし・あり]					
	消化器	黄疸:[なし・あり]		肝腫大:[なし・あり]		脾腫大:[なし・あり]				
		消化器症状:[なし・あり]		腹部症状:[なし・あり]						
その他	症状(その他):()									
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載										
症状	全身	貧血:[なし・あり]			鉄過剰症状:[なし・あり]					
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]			紫斑:[なし・あり]					
	消化器	黄疸:[なし・あり]		肝腫大:[なし・あり]		脾腫大:[なし・あり]				
		消化器症状:[なし・あり]		腹部症状:[なし・あり]						
その他	症状(その他):()									
検査所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載										
血液検査	白血球数:()/μL		好中球:()%		リンパ球:()%		単球:()%			
	好酸球:()%		網赤血球:()‰		赤血球数:()×10 ⁴ /μL		ヘモグロビン(Hb):()g/dL			
	平均赤血球容積(MCV):()fL		血小板数:()×10 ⁴ /μL		血清直接ビリルビン(D-Bil):()mg/dL		血清間接ビリルビン(I-Bil):()mg/dL		LDH:()U/L	
	血清鉄(Fe):()mg/dL		フェリチン:()ng/mL・未実施		TIBC:()mg/dL		UIBC:()μg/dL			
	直接Coombs試験:[陰性・陽性・不明]									
	自己抗体種別:[未実施・実施]									
	検査方法:()									
	所見:()									
	末梢血赤血球形態異常:[なし・あり]									
	所見:()									
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査:[未実施・実施]				実施日:(年 月 日)					
	検査法:()									
	所見:()									
骨髓検査	骨髓検査:[未実施・実施]				実施日:(年 月 日)					
	赤芽球系:()%		顆粒球系:()%		単球系:()%		リンパ球系:()%			
	芽球系:()%		有核細胞数:()×10 ⁴ /μL		巨核球数:()/mL					
	造血細胞の形態異常:赤芽球系:[なし・あり]				骨髓球系:[なし・あり]		巨核球:[なし・あり]			
病理検査	骨髓生検:[未実施・実施]				実施日:(年 月 日)					
	所見:()									
画像検査	超音波検査(肝・脾):[未実施・実施]				実施日:(年 月 日)					
	所見:()									
	CT検査(肝):[未実施・実施]				実施日:(年 月 日)					
	所見:()									

告示番号 **50** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()% 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 平均赤血球容積 (MCV): ()fL 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil): ()mg/dL LDH: ()U/L 血清鉄 (Fe): ()mg/dL フェリチン: ()ng/mL 未実施 TIBC: ()mg/dL UIBC: ()μg/dL 直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
	自己抗体種別: [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検査法: () 所見: ()
骨髄検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
病理検査	骨髄生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()
既往歴	入院加療を要する感染症: [なし ・ あり]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法: [なし ・ あり] 薬剤名: () 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 薬剤名: () 免疫グロブリン大量療法: [なし ・ あり] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] ステロイド薬: [なし ・ あり] G-CSF療法: [なし ・ あり] 除鉄剤: [なし ・ あり]
輸血療法	赤血球輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
移植	造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日: (年 月 日) ドナー: [血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアレル一一致度: [8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] HLA抗原一一致度: [完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明] ex vivo細胞除去: [未実施 ・ 実施 ・ 不明] 前処置: ()
治療	治療 (その他): ()
治療状況	現在の治療状況: [治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他] 現在の治療状況 (その他): ()
今後の治療方針	今後の治療方針: () 治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月
医療機関・医師署名	
上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関住所	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		21		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	7 寒冷凝集素症							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢	歳 か月 日			性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定				
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI				
	年 月 日	年 月 日			年 月 日	年 月 日			肥満度	%			
発病時期	年 月 頃			初診日	年 月 日								
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校 (専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校 / 専修学校 など ・ 大学 (短期大学を含む) ・ 就労 (就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級 ・ 5 級 ・ 6 級)						療育手帳	なし ・ あり				
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級)									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性			なし ・ あり			
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明			小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 (診断時) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
診断	二次性の原因: ()												
症状	全身	貧血: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]					紫斑: [なし ・ あり]						
	消化器	黄疸: [なし ・ あり]				肝腫大: [なし ・ あり]				脾腫大: [なし ・ あり]			
	消化器症状: [なし ・ あり]		腹部症状: [なし ・ あり]										
その他	症状 (その他): ()												
臨床所見 (申請時) ※ 直近の状況を記載													
診断	二次性の原因: ()												
症状	全身	貧血: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]					紫斑: [なし ・ あり]						
	消化器	黄疸: [なし ・ あり]				肝腫大: [なし ・ あり]				脾腫大: [なし ・ あり]			
	消化器症状: [なし ・ あり]		腹部症状: [なし ・ あり]										
その他	症状 (その他): ()												
検査所見 (診断時) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液検査	白血球数: () / μ L 好中球: () % リンパ球: () % 単球: () % 好酸球: () % 網赤血球: () ‰ 赤血球数: () $\times 10^4 / \mu$ L ヘモグロビン (Hb): () g/dL 平均赤血球容積 (MCV): () fL 血小板数: () $\times 10^4 / \mu$ L 血清直接ビリルビン (D-Bil): () mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil): () mg/dL LDH: () U/L 血清鉄 (Fe): () mg/dL フェリチン: () ng/mL ・ 未実施 TIBC: () mg/dL UIBC: () μ g/dL 血清ハプトグロビン: () mg/dL ・ 未実施 血小板表面結合 IgG (PA IgG): () ng/ 10^7 cells 直接 Coombs 試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]												
	寒冷凝集素価: [未実施 ・ 実施] 所見: ()												
	抗血小板自己抗体: [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()												
	自己抗体種別: [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()												
	末梢血赤血球形態異常: [なし ・ あり] 所見: ()												
	細胞表面抗原検査	CD59陰性細胞比率 (フローサイトメトリー法): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()											

告示番号 **21** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

赤血球特殊検査	HAMテスト: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 赤血球特殊検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検査法: () 所見: ()
尿検査	尿中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ウロビリリン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
便検査	便中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 便中ウロビリリン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	CT検査 (肝): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()‰ 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 平均赤血球容積 (MCV): ()fL 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil): ()mg/dL LDH: ()U/L 血清鉄 (Fe): ()mg/dL フェリチン: ()ng/mL・未実施 TIBC: ()mg/dL UIBC: ()μg/dL 血清ハプトグロビン: ()mg/dL・未実施 血小板表面結合IgG (PA IgG): ()ng/10 ⁷ cells 直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
	自己抗体種別: [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()

赤血球特殊検査	赤血球特殊検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検査法: () 所見: ()
尿検査	尿中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ウロビリリン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
便検査	便中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 便中ウロビリリン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()
既往歴	入院加療を要する感染症: [なし ・ あり]

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法: [なし ・ あり] 薬剤名: () 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 薬剤名: () 免疫グロブリン大量療法: [なし ・ あり] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] ステロイド薬: [なし ・ あり] G-CSF療法: [なし ・ あり] 除鉄剤: [なし ・ あり]
輸血療法	赤血球輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
治療	治療 (その他): ()
治療状況	現在の治療状況: [治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他] 現在の治療状況 (その他): ()
今後の治療方針	今後の治療方針: ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名 記載年月日 年 月 日
医療機関住所
診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		22		血液疾患 ()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2			
病名	8 発作性寒冷ヘモグロビン尿症							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号			受診日	年 月 日									
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定						
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村						
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI						
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日		肥満度	%					
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校 (専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校 / 専修学校 など ・ 大学 (短期大学を含む) ・ 就労 (就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級 ・ 5 級 ・ 6 級)					療育手帳	なし ・ あり					
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)	なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級)											
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性		なし ・ あり					
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明					
臨床所見 (診断時) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
症状	全身	貧血: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]				紫斑: [なし ・ あり]							
	消化器	黄疸: [なし ・ あり]			肝腫大: [なし ・ あり]			脾腫大: [なし ・ あり]					
	その他	症状 (その他): ()											
臨床所見 (申請時) ※ 直近の状況を記載													
症状	全身	貧血: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]				紫斑: [なし ・ あり]							
	消化器	黄疸: [なし ・ あり]			肝腫大: [なし ・ あり]			脾腫大: [なし ・ あり]					
	その他	症状 (その他): ()											
検査所見 (診断時) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液検査	白血球数: () / μ L		好中球: () %		リンパ球: () %		単球: () %		好酸球: () %				
	網赤血球: () %		赤血球数: () $\times 10^4 / \mu$ L		ヘモグロビン (Hb): () g/dL								
	平均赤血球容積 (MCV): () fL		血小板数: () $\times 10^4 / \mu$ L										
	血清直接ビリルビン (D-Bil): () mg/dL		血清間接ビリルビン (I-Bil): () mg/dL		LDH: () U/L								
	血清鉄 (Fe): () mg/dL		フェリチン: () ng/mL		未実施		TIBC: () mg/dL		UIBC: () μ g/dL				
	血清ハプトグロビン: () mg/dL		未実施		直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]								
寒冷凝集素価: [未実施 ・ 実施]		所見: ()											
Donath Landsteiner抗体: [未実施 ・ 実施]		所見: ()											
自己抗体種別: [未実施 ・ 実施]		検査方法: ()											
所見: ()													
末梢血赤血球形態異常: [なし ・ あり]		所見: ()											
細胞表面抗原検査	CD59陰性細胞比率 (フローサイトメトリー法): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: () %												
赤血球特殊検査	HAMテスト: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]												
	赤血球特殊検査 (その他): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)										
検査法: ()													
所見: ()													
尿検査	尿中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]					尿中ウロビリリン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]							
便検査	便中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]					便中ウロビリリン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]							

告示番号 22 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/2
感染症疫学的検査	ウイルス検査：[未実施 ・ 実施] 所見：()	
画像検査	超音波検査 (肝・脾)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()	
	CT検査 (肝)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()	
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()‰ 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil)：()mg/dL LDH：()U/L 血清鉄 (Fe)：()mg/dL フェリチン：()ng/mL・未実施 TIBC：()mg/dL UIBC：()μg/dL 血清ハプトグロビン：()mg/dL・未実施 直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]	
	自己抗体種別：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()	
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 検査法：() 所見：()	
尿検査	尿中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ウロビリリン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]	
便検査	便中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 便中ウロビリリン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]	
画像検査	超音波検査 (肝・脾)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()	
既往歴	入院加療を要する感染症：[なし ・ あり]	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 免疫抑制薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() 免疫グロブリン大量療法：[なし ・ あり] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] ステロイド薬：[なし ・ あり] G-CSF療法：[なし ・ あり] 除鉄剤：[なし ・ あり]	
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]	
治療	治療 (その他)：()	
治療状況	現在の治療状況：[治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他] 現在の治療状況 (その他)：()	
今後の治療方針	今後の治療方針：()	
	治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月	
医療機関・医師署名		
上記の通り診断します。		
医療機関名	記載年月日	年 月 日
医療機関住所	診療科	医師名
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号	23	血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	1/2
-------------	-----------	---	------------

病名	9 7及び8に掲げるもののほか、自己免疫性溶血性貧血 (AIHAを含む。)				受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
	(具体的な疾病名:)								
受給者番号		受診日	年 月 日						
ふりがな					(変更があった場合)				
氏名					ふりがな				
(Alphabet)					以前の登録氏名				
					(Alphabet)				
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳	か月	日	性別	男・女・性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村		
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI		
		年 月 日			年 月 日		肥満度	%	
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日					
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他()								
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)				療育手帳	なし・あり		
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)	なし・あり(等級 1級・2級・3級)							
現状評価	治療・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能				運動制限の必要性		なし・あり		
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する・しない・不明		小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当		する・しない・不明		
臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載									
病型	病型(自己免疫性溶血性貧血): [特発性・続発性]								
診断	続発性の原因: ()								
症状	全身	発熱: [なし・あり]		易感染性: [なし・あり]		貧血: [なし・あり]		鉄過剰症状: [なし・あり]	
		DIC: [なし・あり]							
	皮膚・粘膜	発疹: [なし・あり]		色素沈着: [なし・あり]		出血斑: [なし・あり]		紫斑: [なし・あり]	
	消化器	黄疸: [なし・あり]		肝腫大: [なし・あり]		脾腫大: [なし・あり]		下血: [なし・あり]	
		消化管出血: [なし・あり]		胆石: [なし・あり]					
	筋・骨格	関節痛: [なし・あり]							
	精神・神経	脳出血: [なし・あり]							
	腎・泌尿器	血尿: [なし・あり]							
	内分泌・代謝	性腺機能低下: [なし・あり]		過多月経: [なし・あり]					
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし・あり]							
その他	歯肉出血: [なし・あり]								
	症状(その他): ()								
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載									
病型	病型(自己免疫性溶血性貧血): [特発性・続発性]								
診断	続発性の原因: ()								
症状	全身	発熱: [なし・あり]		易感染性: [なし・あり]		貧血: [なし・あり]		鉄過剰症状: [なし・あり]	
		DIC: [なし・あり]							
	皮膚・粘膜	発疹: [なし・あり]		色素沈着: [なし・あり]		出血斑: [なし・あり]		紫斑: [なし・あり]	
	消化器	黄疸: [なし・あり]		肝腫大: [なし・あり]		脾腫大: [なし・あり]		下血: [なし・あり]	
		消化管出血: [なし・あり]		胆石: [なし・あり]					
	筋・骨格	関節痛: [なし・あり]							
	精神・神経	脳出血: [なし・あり]							
	腎・泌尿器	血尿: [なし・あり]							
	内分泌・代謝	性腺機能低下: [なし・あり]		過多月経: [なし・あり]					
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし・あり]							
その他	歯肉出血: [なし・あり]								
	症状(その他): ()								
検査所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載									
血液検査	白血球数: ()/μL	好中球: ()%	リンパ球: ()%	単球: ()%					
	好酸球: ()%	網赤血球: ()%	赤血球数: ()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン(Hb): ()g/dL					
	平均赤血球容積(MCV): ()fL	血小板数: ()×10 ⁴ /μL							
	血清直接ビリルビン(D-Bil): ()mg/dL	血清間接ビリルビン(I-Bil): ()mg/dL		LDH: ()U/L					
	血清鉄(Fe): ()mg/dL	フェリチン: ()ng/mL・未実施	TIBC: ()mg/dL	UIBC: ()μg/dL					
	血清ハプトグロビン: ()mg/dL・未実施	直接Coombs試験: [陰性・陽性・不明]							
	末梢血赤血球形態異常: [なし・あり]								
	所見: ()								
細胞表面抗原検査	CD59陰性細胞比率(フローサイトメトリー法): [未実施・実施]		実施日: ()年 月 日	所見: ()%					

告示番号 **23** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

赤血球特殊検査	HAMテスト: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 赤血球特殊検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検査法: () 所見: ()
骨髓検査	骨髓検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
尿検査	尿中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ウロビリリン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
便検査	便中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 便中ウロビリリン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	CT検査 (肝): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()% 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 平均赤血球容積 (MCV): ()fL 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil): ()mg/dL LDH: ()U/L 血清鉄 (Fe): ()mg/dL フェリチン: ()ng/mL 未実施 TIBC: ()mg/dL UIBC: ()μg/dL 血清ハプトグロビン: ()mg/dL 未実施 直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
------	--

赤血球特殊検査	赤血球特殊検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検査法: () 所見: ()
骨髓検査	骨髓検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
尿検査	尿中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ウロビリリン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
便検査	便中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 便中ウロビリリン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()
既往歴	入院加療を要する感染症: [なし ・ あり] 血栓または出血の既往: [なし ・ あり]

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法: [なし ・ あり] 薬剤名: () 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 薬剤名: () 抗凝固療法: [なし ・ あり] 薬剤名: () 免疫グロブリン大量療法: [なし ・ あり] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] ステロイド薬: [なし ・ あり] G-CSF療法: [なし ・ あり] 除鉄剤: [なし ・ あり]
	サイトカイン類: [なし ・ あり] 薬剤名: () 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
	抗体薬/分子標的薬: [なし ・ あり] 薬剤名: () 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
輸血療法	赤血球輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施] 導入年月: (年 月) 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
	血液透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施] 導入年月: (年 月) 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
手術	脾摘出術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 手術 (その他): ()
治療	治療 (その他): ()
治療状況	現在の治療状況: [治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他] 現在の治療状況 (その他): ()
今後の治療方針	今後の治療方針: ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名 記載年月日 年 月 日
医療機関住所 診療科 医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		48		血液疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	10 発作性夜間ヘモグロビン尿症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号		受診日	年 月 日						
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳	か	月	日	性別 男・女・性別未決定
出生体重	g		出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	()	都道府県 () 市区町村
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI		
	年	月	日	年	月	日	肥満度		%
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日					
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他()								
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)					療育手帳	なし・あり	
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)	なし・あり(等級 1級・2級・3級)							
現状評価	治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能				運動制限の必要性		なし・あり		
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する・しない・不明		小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当		する・しない・不明		
臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載									
症状	全身	発熱:[なし・あり]		易感染性:[なし・あり]		貧血:[なし・あり]			
		DIC:[なし・あり]		血栓症:[なし・あり]					
	皮膚・粘膜	発疹:[なし・あり]		色素沈着:[なし・あり]		出血斑:[なし・あり]		紫斑:[なし・あり]	
	消化器	黄疸:[なし・あり]		肝腫大:[なし・あり]		脾腫大:[なし・あり]		消化器症状:[なし・あり]	
		腹部症状:[なし・あり]		下血:[なし・あり]		消化管出血:[なし・あり]		胆石:[なし・あり]	
	筋・骨格	関節痛:[なし・あり]							
	精神・神経	神経症状:[なし・あり]		脳出血:[なし・あり]					
	腎・泌尿器	腎機能低下:[なし・あり]							
	内分泌・代謝	性腺機能低下:[なし・あり]		過多月経:[なし・あり]					
	耳鼻咽喉	鼻出血:[なし・あり]							
その他	歯肉出血:[なし・あり]		症状(その他):()						
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載									
症状	全身	発熱:[なし・あり]		易感染性:[なし・あり]		貧血:[なし・あり]			
		DIC:[なし・あり]		血栓症:[なし・あり]					
	皮膚・粘膜	発疹:[なし・あり]		色素沈着:[なし・あり]		出血斑:[なし・あり]		紫斑:[なし・あり]	
	消化器	黄疸:[なし・あり]		肝腫大:[なし・あり]		脾腫大:[なし・あり]		消化器症状:[なし・あり]	
		腹部症状:[なし・あり]		下血:[なし・あり]		消化管出血:[なし・あり]		胆石:[なし・あり]	
	筋・骨格	関節痛:[なし・あり]							
	精神・神経	神経症状:[なし・あり]		脳出血:[なし・あり]					
	腎・泌尿器	腎機能低下:[なし・あり]							
	内分泌・代謝	性腺機能低下:[なし・あり]		過多月経:[なし・あり]					
	耳鼻咽喉	鼻出血:[なし・あり]							
その他	歯肉出血:[なし・あり]		症状(その他):()						
検査所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載									
血液検査	白血球数:()/μL	好中球:()%		リンパ球:()%		単球:()%			
	好酸球:()%	網赤血球:()%		赤血球数:()×10 ⁴ /μL		ヘモグロビン(Hb):()g/dL			
	ヘモグロビンF(HbF):()%	平均赤血球容積(MCV):()fL		血小板数:()×10 ⁴ /μL					
	血清直接ビリルビン(D-Bil):()mg/dL	血清間接ビリルビン(I-Bil):()mg/dL		LDH:()U/L					
	血清鉄(Fe):()mg/dL	フェリチン:()ng/mL		TIBC:()mg/dL		UIBC:()μg/dL			
	血清ハプトグロビン:()mg/dL	未実施		直接Coombs試験:[陰性・陽性・不明]					
	細胞表面抗原検査	CD59陰性細胞比率(フローサイトメトリー法):[未実施・実施]		実施日:()年()月()日		所見:()%			
赤血球特殊検査	HAMテスト:[陰性・陽性・不明]								
	赤血球特殊検査(その他):[未実施・実施]		実施日:()年()月()日						
骨髄検査	骨髄検査:[未実施・実施]		実施日:()年()月()日						
	有核細胞数:()×10 ⁴ /μL		巨核球数:()/mL						
病理検査	造血細胞の形態異常:赤芽球系:[なし・あり]		骨髄球系:[なし・あり]		巨核球:[なし・あり]				
	骨髄生検:[未実施・実施]		実施日:()年()月()日						
尿検査	尿中ウロビリノーゲン:[陰性・陽性・不明]		尿中ウロビリリン:[陰性・陽性・不明]		尿中ヘモグロビン:[陰性・陽性・不明]				
便検査	便中ウロビリノーゲン:[陰性・陽性・不明]		便中ウロビリリン:[陰性・陽性・不明]						

告示番号 **48** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	染色体検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	白血球数 : () / μ L 好中球 : () % リンパ球 : () % 単球 : () % 好酸球 : () % 網赤血球 : () ‰ 赤血球数 : () $\times 10^4 / \mu$ L ヘモグロビン (Hb) : () g/dL ヘモグロビンF (HbF) : () % 平均赤血球容積 (MCV) : () fL 血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L 血清直接ビリルビン (D-Bil) : () mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil) : () mg/dL LDH : () U/L 血清鉄 (Fe) : () mg/dL フェリチン : () ng/mL ・ 未実施 TIBC : () mg/dL UIBC : () μ g/dL 血清ハプトグロビン : () mg/dL ・ 未実施 直接Coombs試験 : [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 検査法 : () 所見 : ()
骨髄検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
病理検査	骨髄生検 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
尿検査	尿中ウロビリノーゲン : [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ウロビリリン : [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ヘモグロビン : [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
便検査	便中ウロビリノーゲン : [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 便中ウロビリリン : [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	染色体検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	合併症 : [なし ・ あり] 詳細 : ()
既往歴	入院加療を要する感染症 : [なし ・ あり] 血栓または出血の既往 : [なし ・ あり] 溶血発作による入院 : [なし ・ 時に (年に1~2回) ・ 頻回に (年に3回以上)]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法 : [なし ・ あり] 薬剤名 : () 免疫抑制薬 : [なし ・ あり] 薬剤名 : () 抗凝固療法 : [なし ・ あり] 薬剤名 : () 免疫グロブリン大量療法 : [なし ・ あり] 治療効果 : [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] ステロイド薬 : [なし ・ あり] G-CSF療法 : [なし ・ あり] 除鉄剤 : [なし ・ あり]
	アンドロゲン療法 : [なし ・ あり] 薬剤名 : () 治療効果 : [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
	抗体薬 / 分子標的薬 : [なし ・ あり] 薬剤名 : () 治療効果 : [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
輸血療法	赤血球輸血 : [なし ・ あり] 頻度 : [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血 : [なし ・ あり] 頻度 : [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
移植	造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日 : (年 月 日) ドナー : [血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞 : [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアレル一致度 : [8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] HLA抗原一致度 : [完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明] ex vivo細胞除去 : [未実施 ・ 実施 ・ 不明] 前処置 : ()
	治療 (その他) : ()
治療状況	現在の治療状況 : [治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他] 現在の治療状況 (その他) : ()
今後の治療方針	今後の治療方針 : ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 通院頻度 : () 回 / 月
医療機関・医師署名	
上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関住所	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		1		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	11 遺伝性球状赤血球症							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号			受診日	年 月 日									
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		肥満度	%				
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)					療育手帳	なし ・ あり					
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性			なし ・ あり				
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
症状	全身	貧血:[なし ・ あり]					鉄過剰症状:[なし ・ あり]						
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし ・ あり]					紫斑:[なし ・ あり]						
	消化器	黄疸:[なし ・ あり]			脾腫大:[なし ・ あり]			胆石:[なし ・ あり]					
	消化器症状:[なし ・ あり]		腹部症状:[なし ・ あり]										
その他	症状 (その他):()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	貧血:[なし ・ あり]					鉄過剰症状:[なし ・ あり]						
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし ・ あり]					紫斑:[なし ・ あり]						
	消化器	黄疸:[なし ・ あり]			脾腫大:[なし ・ あり]			胆石:[なし ・ あり]					
	消化器症状:[なし ・ あり]		腹部症状:[なし ・ あり]										
その他	症状 (その他):()												
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液検査	白血球数:()/μL		好中球:()%		リンパ球:()%		単球:()%						
	好酸球:()%		網赤血球:()%		赤血球数:()×10 ⁴ /μL		ヘモグロビン (Hb):()g/dL						
ヘモグロビンF (HbF):()%		平均赤血球容積 (MCV):()fL		血小板数:()×10 ⁴ /μL									
血清直接ビリルビン (D-Bil):()mg/dL		血清間接ビリルビン (I-Bil):()mg/dL		LDH:()U/L									
血清鉄 (Fe):()mg/dL		フェリチン:()ng/mL・未実施		TIBC:()mg/dL		UIBC:()μg/dL							
血清ハプトグロビン:()mg/dL・未実施		直接Coombs試験:[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]											
末梢血赤血球形態異常:[なし ・ あり]													
所見:()													
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査:[未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)										
	検査法:()		所見:()										
尿検査	尿中ウロビリノーゲン:[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]					尿中ウロビリリン:[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]		尿中ヘモグロビン:[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]					
便検査	便中ウロビリノーゲン:[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]					便中ウロビリリン:[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]							
画像検査	超音波検査 (肝・脾):[未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)		所見:()								
	CT検査 (肝):[未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)		所見:()								
遺伝学的検査	遺伝子検査:[未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)		所見:()								
検査所見 (その他)	検査所見 (その他):()												

告示番号 **1** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL ヘモグロビンF (HbF)：()% 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil)：()mg/dL LDH：()U/L 血清鉄 (Fe)：()mg/dL フェリチン：()ng/mL・未実施 TIBC：()mg/dL UIBC：()μg/dL 血清ハプトグロビン：()mg/dL・未実施 直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 検査法：() 所見：()
尿検査	尿中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ウロビリリン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ヘモグロビン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
便検査	便中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 便中ウロビリリン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
画像検査	超音波検査 (肝・脾)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()
既往歴	入院加療を要する感染症：[なし ・ あり]
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 除鉄剤：[なし ・ あり]
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
手術	脾摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 手術 (その他)：()
治療	治療 (その他)：()
治療状況	現在の治療状況：[治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他] 現在の治療状況 (その他)：()
今後の治療方針	今後の治療方針：() 治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月
医療機関・医師署名	
上記の通り診断します。 医療機関名 記載年月日 年 月 日 医療機関住所 診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号	4	血液疾患	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	1/2
-------------	----------	-------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

病名	12 口唇赤血球症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規									
受給者番号		受診日	年	月	日											
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)										
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か	月	日	性別	男	・	女	・	性別未決定		
出生体重	g		出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	()	都道府県	()	市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI			肥満度				
		年	月	日		年	月	日					%			
発病時期	年	月	頃	初診日	年	月	日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()															
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)					療育手帳	なし ・ あり								
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)												
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性			なし ・ あり							
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当					する ・ しない ・ 不明					
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																
症状	全身	貧血:[なし ・ あり]					鉄過剰症状:[なし ・ あり]									
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし ・ あり]					紫斑:[なし ・ あり]									
	消化器	黄疸:[なし ・ あり]					脾腫大:[なし ・ あり]					胆石:[なし ・ あり]				
		消化器症状:[なし ・ あり]					腹部症状:[なし ・ あり]									
	腎・泌尿器	腎機能低下:[なし ・ あり]														
	眼	眼症状:[なし ・ あり]														
その他	症状 (その他):()															
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																
症状	全身	貧血:[なし ・ あり]					鉄過剰症状:[なし ・ あり]									
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし ・ あり]					紫斑:[なし ・ あり]									
	消化器	黄疸:[なし ・ あり]					脾腫大:[なし ・ あり]					胆石:[なし ・ あり]				
		消化器症状:[なし ・ あり]					腹部症状:[なし ・ あり]									
	腎・泌尿器	腎機能低下:[なし ・ あり]														
	眼	眼症状:[なし ・ あり]														
その他	症状 (その他):()															
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																
血液検査	白血球数:()/μL 好中球:()% リンパ球:()% 単球:()% 好酸球:()% 網赤血球:()% 赤血球数:()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb):()g/dL ヘモグロビンF (HbF):()% 平均赤血球容積 (MCV):()fL 血小板数:()×10 ⁴ /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil):()mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil):()mg/dL LDH:()U/L 血清鉄 (Fe):()mg/dL フェリチン:()ng/mL・未実施 TIBC:()mg/dL UIBC:()μg/dL 血清ハプトグロビン:()mg/dL・未実施 直接Coombs試験:[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]															
	末梢血赤血球形態異常:[なし ・ あり]															
	所見:()															
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査:[未実施 ・ 実施]					実施日:(年 月 日)										
検査法:()																
所見:()																
尿検査	尿中ウロビリノーゲン:[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]					尿中ウロビリリン:[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]					尿中ヘモグロビン:[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]					
便検査	便中ウロビリノーゲン:[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 便中ウロビリリン:[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]															
画像検査	超音波検査 (肝・脾):[未実施 ・ 実施]					実施日:(年 月 日)										
	所見:()															
CT検査 (肝):[未実施 ・ 実施]					実施日:(年 月 日)											
所見:()																

告示番号 **4** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	白血球数：()/ μ L 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：() $\times 10^4$ / μ L ヘモグロビン (Hb)：()g/dL ヘモグロビンF (HbF)：()% 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 血小板数：() $\times 10^4$ / μ L 血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil)：()mg/dL LDH：()U/L 血清鉄 (Fe)：()mg/dL フェリチン：()ng/mL・未実施 TIBC：()mg/dL UIBC：() μ g/dL 血清ハプトグロビン：()mg/dL・未実施 直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 検査法：() 所見：()
尿検査	尿中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ウロビリリン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ヘモグロビン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
便検査	便中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 便中ウロビリリン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
画像検査	超音波検査 (肝・脾)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()
既往歴	入院加療を要する感染症：[なし ・ あり]
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 除鉄剤：[なし ・ あり]
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
手術	脾摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 手術 (その他)：()
治療	治療 (その他)：()
治療状況	現在の治療状況：[治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他] 現在の治療状況 (その他)：()
今後の治療方針	今後の治療方針：() 治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月
医療機関・医師署名	
上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関住所	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号 **2** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **1/2**

病名	13 鎌状赤血球症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号			受診日	年 月 日					
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定		
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村		
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI		
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日		肥満度	%	
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日					
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()								
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)				療育手帳	なし ・ あり		
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)						
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				運動制限の必要性		なし ・ あり		
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載									
症状	全身	低身長 (身長-2.0SD以下): [なし ・ あり] 易感染性: [なし ・ あり] 貧血: [なし ・ あり] 血栓症: [なし ・ あり]							
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]				紫斑: [なし ・ あり]			
	消化器	黄疸: [なし ・ あり]		脾腫大: [なし ・ あり]		胆石: [なし ・ あり]			
	筋・骨格	関節痛: [なし ・ あり]							
	その他	症状 (その他): ()							
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載									
症状	全身	低身長 (身長-2.0SD以下): [なし ・ あり] 易感染性: [なし ・ あり] 貧血: [なし ・ あり] 血栓症: [なし ・ あり]							
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]				紫斑: [なし ・ あり]			
	消化器	黄疸: [なし ・ あり]		脾腫大: [なし ・ あり]		胆石: [なし ・ あり]			
	筋・骨格	関節痛: [なし ・ あり]							
	その他	症状 (その他): ()							
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載									
血液検査	白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()% 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘモグロビンF (HbF): ()% 平均赤血球容積 (MCV): ()fL 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil): ()mg/dL LDH: ()U/L 血清鉄 (Fe): ()mg/dL フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施 TIBC: ()mg/dL UIBC: ()μg/dL 血清ハプトグロビン: ()mg/dL ・ 未実施 直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]								
	末梢血赤血球形態異常: [なし ・ あり] 所見: ()								
赤血球特殊検査	ヘモグロビン分画/ヘモグロビン電気泳動: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()								
	赤血球特殊検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検査法: () 所見: ()								
尿検査	尿中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]			尿中ウロビリリン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]			尿中ヘモグロビン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]		
便検査	便中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]			便中ウロビリリン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]					
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()								
	CT検査 (肝): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()								

告示番号 2 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/2
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
血液検査	白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()‰ 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘモグロビンF (HbF): ()% 平均赤血球容積 (MCV): ()fL 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil): ()mg/dL LDH: ()U/L 血清鉄 (Fe): ()mg/dL フェリチン: ()ng/mL・未実施 TIBC: ()mg/dL UIBC: ()μg/dL 血清ハプトグロビン: ()mg/dL・未実施 直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]	
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検査法: () 所見: ()	
尿検査	尿中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ウロビリリン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ヘモグロビン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]	
便検査	便中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 便中ウロビリリン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]	
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
合併症	合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()	
既往歴	入院加療を要する感染症: [なし ・ あり]	
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明]	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
薬物療法	補充療法: [なし ・ あり] 薬剤名: () 除鉄剤: [なし ・ あり]	
輸血療法	赤血球輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]	
治療	治療 (その他): ()	
治療状況	現在の治療状況: [治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他] 現在の治療状況 (その他): ()	
今後の治療方針	今後の治療方針: () 治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月	
医療機関・医師署名		
上記の通り診断します。		
医療機関名	記載年月日	年 月 日
医療機関住所	診療科	医師名
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号		7		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	14 不安定ヘモグロビン症								受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日									
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI						
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	肥満度	%						
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校 (専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校 / 専修学校 など ・ 大学 (短期大学を含む) ・ 就労 (就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級 ・ 5 級 ・ 6 級)					療育手帳	なし ・ あり					
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級)									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性		なし ・ あり					
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明					
臨床所見 (診断時) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
症状	全身	貧血: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]				紫斑: [なし ・ あり]							
	消化器	黄疸: [なし ・ あり]			脾腫大: [なし ・ あり]			胆石: [なし ・ あり]					
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]											
	その他	症状 (その他): ()											
臨床所見 (申請時) ※ 直近の状況を記載													
症状	全身	貧血: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]				紫斑: [なし ・ あり]							
	消化器	黄疸: [なし ・ あり]			脾腫大: [なし ・ あり]			胆石: [なし ・ あり]					
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]											
	その他	症状 (その他): ()											
検査所見 (診断時) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液検査	白血球数: () / μ L		好中球: () %		リンパ球: () %		単球: () %						
	好酸球: () %		網赤血球: () %		赤血球数: () $\times 10^4 / \mu$ L		ヘモグロビン (Hb): () g/dL						
ヘモグロビン F (HbF): () %		平均赤血球容積 (MCV): () fL		血小板数: () $\times 10^4 / \mu$ L									
血清直接ビリルビン (D-Bil): () mg/dL		血清間接ビリルビン (I-Bil): () mg/dL		LDH: () U/L									
血清鉄 (Fe): () mg/dL		フェリチン: () ng/mL ・ 未実施		TIBC: () mg/dL		UIBC: () μ g/dL							
血清ハプトグロビン: () mg/dL ・ 未実施		直接 Coombs 試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]											
末梢血赤血球形態異常: [なし ・ あり]													
所見: ()													
赤血球特殊検査	ヘモグロビン分画 / ヘモグロビン電気泳動: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)												
	所見: ()												
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)												
	検査法: ()												
所見: ()													
尿検査	尿中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]			尿中ウロビリリン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]			尿中ヘモグロビン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]						
便検査	便中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]			便中ウロビリリン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]									
画像検査	超音波検査 (肝 ・ 脾): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)												
	所見: ()												
画像検査	CT 検査 (肝): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)												
	所見: ()												

告示番号 **7** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()‰ 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL ヘモグロビンF (HbF)：()% 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil)：()mg/dL LDH：()U/L 血清鉄 (Fe)：()mg/dL フェリチン：()ng/mL・未実施 TIBC：()mg/dL UIBC：()μg/dL 血清ハプトグロビン：()mg/dL・未実施 直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 検査法：() 所見：()
尿検査	尿中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ウロビリリン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ヘモグロビン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
便検査	便中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 便中ウロビリリン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
画像検査	超音波検査 (肝・脾)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()
既往歴	入院加療を要する感染症：[なし ・ あり]
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 除鉄剤：[なし ・ あり]
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
治療	治療 (その他)：()
治療状況	現在の治療状況：[治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他] 現在の治療状況 (その他)：()
今後の治療方針	今後の治療方針：() 治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月
医療機関・医師署名	
上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関住所	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		5		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	15 サラセミア							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号			受診日	年 月 日									
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		肥満度	%				
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校 (専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校 / 専修学校 など ・ 大学 (短期大学を含む) ・ 就労 (就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級 ・ 5 級 ・ 6 級)					療育手帳	なし ・ あり					
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級)									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性			なし ・ あり				
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 (診断時) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
病型	病型 (サラセミア) : [α -サラセミア ・ β -サラセミア]												
症状	全身	低身長 (身長 - 2.0SD 以下) : [なし ・ あり]			発熱 : [なし ・ あり]			易感染性 : [なし ・ あり]			貧血 : [なし ・ あり]		
	皮膚・粘膜	出血斑 : [なし ・ あり]			紫斑 : [なし ・ あり]								
	消化器	黄疸 : [なし ・ あり]			脾腫大 : [なし ・ あり]			胆石 : [なし ・ あり]					
	その他	症状 (その他) : ()											
臨床所見 (申請時) ※ 直近の状況を記載													
病型	病型 (サラセミア) : [α -サラセミア ・ β -サラセミア]												
症状	全身	低身長 (身長 - 2.0SD 以下) : [なし ・ あり]			発熱 : [なし ・ あり]			易感染性 : [なし ・ あり]			貧血 : [なし ・ あり]		
	皮膚・粘膜	出血斑 : [なし ・ あり]			紫斑 : [なし ・ あり]								
	消化器	黄疸 : [なし ・ あり]			脾腫大 : [なし ・ あり]			胆石 : [なし ・ あり]					
	その他	症状 (その他) : ()											
検査所見 (診断時) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液検査	白血球数 : () / μ L		好中球 : () %		リンパ球 : () %		単球 : () %		好酸球 : () %				
	網赤血球 : () %		赤血球数 : () $\times 10^4 / \mu$ L		ヘモグロビン (Hb) : () g/dL		ヘモグロビン F (HbF) : () %		平均赤血球容積 (MCV) : () fL		血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L		
血清直接ビリルビン (D-Bil) : () mg/dL		血清間接ビリルビン (I-Bil) : () mg/dL		LDH : () U/L		血清鉄 (Fe) : () mg/dL		フェリチン : () ng/mL ・ 未実施		TIBC : () mg/dL		UIBC : () μ g/dL	
血清ハプトグロビン : () mg/dL ・ 未実施		直接 Coombs 試験 : [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]											
末梢血赤血球形態異常 : [なし ・ あり]													
所見 : ()													
赤血球特殊検査	ヘモグロビン分画 / ヘモグロビン電気泳動 : [未実施 ・ 実施]					実施日 : (年 月 日)			所見 : ()				
	赤血球特殊検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]					実施日 : (年 月 日)			検査法 : ()				
所見 : ()													
尿検査	尿中ウロビリノーゲン : [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]			尿中ウロビリリン : [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]			尿中ヘモグロビン : [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]						
便検査	便中ウロビリノーゲン : [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]			便中ウロビリリン : [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]									
画像検査	超音波検査 (肝 ・ 脾) : [未実施 ・ 実施]					実施日 : (年 月 日)			所見 : ()				
	CT 検査 (肝) : [未実施 ・ 実施]					実施日 : (年 月 日)			所見 : ()				

告示番号	5	血液疾患 () 年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	2/2
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()			
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()			
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載				
血液検査	白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()% 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘモグロビンF (HbF): ()% 平均赤血球容積 (MCV): ()fL 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil): ()mg/dL LDH: ()U/L 血清鉄 (Fe): ()mg/dL フェリチン: ()ng/mL・未実施 TIBC: ()mg/dL UIBC: ()μg/dL 血清ハプトグロビン: ()mg/dL・未実施 直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]			
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検査法: () 所見: ()			
尿検査	尿中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ウロビリリン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ヘモグロビン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]			
便検査	便中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 便中ウロビリリン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]			
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()			
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()			
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()			
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載				
合併症	合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()			
既往歴	入院加療を要する感染症: [なし ・ あり]			
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明]			
経過 (申請時) ※直近の状況を記載				
薬物療法	補充療法: [なし ・ あり] 薬剤名: () 除鉄剤: [なし ・ あり]			
輸血療法	赤血球輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]			
手術	手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 所見: ()			
治療	治療 (その他): ()			
治療状況	現在の治療状況: [治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他] 現在の治療状況 (その他): ()			
今後の治療方針	今後の治療方針: () 治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月			
医療機関・医師署名				
上記の通り診断します。				
医療機関名	記載年月日		年	月 日
医療機関住所	診療科			
	医師名			
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

告示番号		3		血液疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2		
病名	16 グルコース-6-リン酸脱水素酵素欠乏症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号		受診日	年	月	日					
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か	月	日	性別	男・女・性別未決定
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	()	都道府県	()	市区町村
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI			
	年	月	日	年	月	日	肥満度		%	
発病時期	年	月	頃	初診日	年	月	日			
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他()									
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)					療育手帳	なし・あり		
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)	なし・あり(等級 1級・2級・3級)								
現状評価	治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能					運動制限の必要性		なし・あり		
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する・しない・不明		小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当			する・しない・不明		
臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載										
症状	全身	貧血:[なし・あり]			鉄過剰症状:[なし・あり]					
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]			紫斑:[なし・あり]					
	消化器	黄疸:[なし・あり]			脾腫大:[なし・あり]			胆石:[なし・あり]		
	その他	症状(その他):()								
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載										
症状	全身	貧血:[なし・あり]			鉄過剰症状:[なし・あり]					
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]			紫斑:[なし・あり]					
	消化器	黄疸:[なし・あり]			脾腫大:[なし・あり]			胆石:[なし・あり]		
	その他	症状(その他):()								
検査所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載										
血液検査	白血球数:()/μL	白球分画:好中球:()%	リンパ球:()%	単球:()%						
	好酸球:()%	網赤血球:()%	赤血球数:()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン(Hb):()g/dL						
	平均赤血球容積(MCV):()fL	血小板数:()×10 ⁴ /μL								
	血清直接ビリルビン(D-Bil):()mg/dL	血清間接ビリルビン(I-Bil):()mg/dL	LDH:()U/L							
	血清鉄(Fe):()mg/dL	フェリチン:()ng/mL・未実施	TIBC:()mg/dL	UIBC:()μg/dL						
	血清ハプトグロビン:()mg/dL・未実施	直接Coombs試験:[陰性・陽性・不明]								
	末梢血赤血球形態異常:[なし・あり]									
	所見:()									
赤血球特殊検査	グルコース-6-リン酸脱水素酵素(G6PDH) 活性:[未実施・実施] 実施日:()年()月()日									
	所見:()									
	赤血球特殊検査(その他):[未実施・実施]					実施日:()年()月()日				
	検査法:()									
	所見:()									
尿検査	尿中ウロビリノーゲン:[陰性・陽性・不明]			尿中ウロビリリン:[陰性・陽性・不明]			尿中ヘモグロビン:[陰性・陽性・不明]			
便検査	便中ウロビリノーゲン:[陰性・陽性・不明]			便中ウロビリリン:[陰性・陽性・不明]						
画像検査	超音波検査(肝・脾):[未実施・実施]					実施日:()年()月()日				
	所見:()									
	CT検査(肝):[未実施・実施]					実施日:()年()月()日				
	所見:()									
遺伝学的検査	遺伝子検査:[未実施・実施]					実施日:()年()月()日				
	所見:()									
検査所見(その他)	検査所見(その他):()									

告示番号 **3** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：()/μL	好中球：()%	リンパ球：()%	単球：()%
	好酸球：()%	網赤血球：()%	赤血球数：()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL
	平均赤血球容積 (MCV)：()fL		血小板数：()×10 ⁴ /μL	
	血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL		血清間接ビリルビン (I-Bil)：()mg/dL	LDH：()U/L
	血清鉄 (Fe)：()mg/dL	フェリチン：()ng/mL	未実施	TIBC：()mg/dL
	血清ハプトグロビン：()mg/dL	未実施		UIBC：()μg/dL

赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	検査法：()	
	所見：()	

尿検査	尿中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]	尿中ウロビリリン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
	尿中ヘモグロビン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]	

便検査	便中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]	便中ウロビリリン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
-----	-----------------------------	---------------------------

画像検査	超音波検査 (肝・脾)：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	所見：()	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	所見：()	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり]
	詳細：()

既往歴	入院加療を要する感染症：[なし ・ あり]
-----	-------------------------

家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]
-----	--------------------------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[なし ・ あり]	薬剤名：()
	除鉄剤：[なし ・ あり]	

輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり]	頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
	血小板輸血：[なし ・ あり]	頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]

手術	脾摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日：(年 月 日)
	治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]	
	手術 (その他)：()	

治療	治療 (その他)：()
----	--------------

治療状況	現在の治療状況：[治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他]
	現在の治療状況 (その他)：()

今後の治療方針	今後の治療方針：()
	治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日)
	治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名 _____ 記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関住所 _____

診療科 _____

医師名 _____

小児慢性特定疾病 指定医番号 (_____)

告示番号		6		血液疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	17 ピルビン酸キナーゼ欠乏性貧血					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号		受診日	年	月	日				
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か	月	日	性別 男・女・性別未決定
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	()	都道府県	() 市区町村
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI		
	年	月	日	年	月	日	肥満度		%
発病時期	年	月	頃	初診日	年	月	日		
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他()								
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)					療育手帳	なし・あり	
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)	なし・あり(等級 1級・2級・3級)							
現状評価	治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能					運動制限の必要性		なし・あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する・しない・不明		小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当			する・しない・不明	
臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載									
症状	全身	貧血:[なし・あり]			鉄過剰症状:[なし・あり]			血栓症:[なし・あり]	
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]			紫斑:[なし・あり]				
	消化器	黄疸:[なし・あり]			脾腫大:[なし・あり]			胆石:[なし・あり]	
	その他	症状(その他):()							
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載									
症状	全身	貧血:[なし・あり]			鉄過剰症状:[なし・あり]			血栓症:[なし・あり]	
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]			紫斑:[なし・あり]				
	消化器	黄疸:[なし・あり]			脾腫大:[なし・あり]			胆石:[なし・あり]	
	その他	症状(その他):()							
検査所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載									
血液検査	白血球数:()/μL	白球分画:好中球:()%		リンパ球:()%		単球:()%			
	好酸球:()%	網赤血球:()%		赤血球数:()×10 ⁴ /μL		ヘモグロビン(Hb):()g/dL			
	平均赤血球容積(MCV):()fL	血小板数:()×10 ⁴ /μL		血清直接ビリルビン(D-Bil):()mg/dL		血清間接ビリルビン(I-Bil):()mg/dL		LDH:()U/L	
	血清鉄(Fe):()mg/dL	フェリチン:()ng/mL		TIBC:()mg/dL		UIBC:()μg/dL			
	血清ハプトグロビン:()mg/dL		未実施		直接Coombs試験:[陰性・陽性・不明]				
	末梢血赤血球形態異常:[なし・あり] 所見:()								
赤血球特殊検査	ピルビン酸キナーゼ(PK)活性:[未実施・実施]					実施日:()年()月()日			
	赤血球特殊検査(その他):[未実施・実施]					実施日:()年()月()日			
	検査法:() 所見:()								
尿検査	尿中ウロビリノーゲン:[陰性・陽性・不明]			尿中ウロビリリン:[陰性・陽性・不明]			尿中ヘモグロビン:[陰性・陽性・不明]		
便検査	便中ウロビリノーゲン:[陰性・陽性・不明]			便中ウロビリリン:[陰性・陽性・不明]					
画像検査	超音波検査(肝・脾):[未実施・実施]					実施日:()年()月()日			
	CT検査(肝):[未実施・実施]					実施日:()年()月()日			
	所見:()								
遺伝学的検査	遺伝子検査:[未実施・実施]					実施日:()年()月()日			
	所見:()								
検査所見(その他)	検査所見(その他):()								

告示番号 **6** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil)：()mg/dL LDH：()U/L 血清鉄 (Fe)：()mg/dL フェリチン：()ng/mL・未実施 TIBC：()mg/dL UIBC：()μg/dL 血清ハプトグロビン：()mg/dL・未実施 直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 検査法：() 所見：()
尿検査	尿中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ウロビリリン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ヘモグロビン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
便検査	便中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 便中ウロビリリン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
画像検査	超音波検査 (肝・脾)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()
既往歴	入院加療を要する感染症：[なし ・ あり]
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 除鉄剤：[なし ・ あり]
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
手術	脾摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 手術 (その他)：()
治療	治療 (その他)：()
治療状況	現在の治療状況：[治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他] 現在の治療状況 (その他)：()
今後の治療方針	今後の治療方針：() 治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月
医療機関・医師署名	
上記の通り診断します。 医療機関名 記載年月日 年 月 日 医療機関住所 診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号		8		血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2		
病名	18 11から17までに掲げるもののほか、遺伝性溶血性貧血 (具体的な疾病名:)					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号		受診日	年	月	日			
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か月	日 性別 男・女・性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村	
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI 肥満度 %	
発病時期	年	月	頃	初診日	年	月	日	
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他()							
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)				療育手帳	なし・あり	
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)		なし・あり(等級 1級・2級・3級)					
現状評価	治療・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能				運動制限の必要性		なし・あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する・しない・不明		小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当		する・しない・不明	
臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載								
症状	全身	貧血:[なし・あり]			鉄過剰症状:[なし・あり]			
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]			紫斑:[なし・あり]			
	消化器	黄疸:[なし・あり]			脾腫大:[なし・あり]		胆石:[なし・あり]	
	精神・神経	神経症状:[なし・あり]						
	その他	症状(その他):()						
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載								
症状	全身	貧血:[なし・あり]			鉄過剰症状:[なし・あり]			
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]			紫斑:[なし・あり]			
	消化器	黄疸:[なし・あり]			脾腫大:[なし・あり]		胆石:[なし・あり]	
	精神・神経	神経症状:[なし・あり]						
	その他	症状(その他):()						
検査所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載								
血液検査	白血球数:()/μL	好中球:()%	リンパ球:()%	単球:()%	好酸球:()%	網赤血球:()%	赤血球数:()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン(Hb):()g/dL
	平均赤血球容積(MCV):()fL	血小板数:()×10 ⁴ /μL	血清直接ビリルビン(D-Bil):()mg/dL	血清間接ビリルビン(I-Bil):()mg/dL	LDH:()U/L	血清ハプトグロビン:()mg/dL・未実施	直接Coombs試験:[陰性・陽性・不明]	
	末梢血赤血球形態異常:[なし・あり] 所見:()							
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査:[未実施・実施]			実施日:()年()月()日				
	検査法:() 所見:()							
尿検査	尿中ウロビリノーゲン:[陰性・陽性・不明]		尿中ウロビリリン:[陰性・陽性・不明]		尿中ヘモグロビン:[陰性・陽性・不明]			
便検査	便中ウロビリノーゲン:[陰性・陽性・不明]		便中ウロビリリン:[陰性・陽性・不明]					
画像検査	超音波検査(肝・脾):[未実施・実施]			実施日:()年()月()日				
	所見:()							
	CT検査(肝):[未実施・実施]			実施日:()年()月()日				
	所見:()							
遺伝学的検査	遺伝子検査:[未実施・実施]			実施日:()年()月()日				
	所見:()							
検査所見(その他)	検査所見(その他):()							

告示番号 **8** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：()/μL	好中球：()%	リンパ球：()%	単球：()%
	好酸球：()%	網赤血球：()%	赤血球数：()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL
	平均赤血球容積 (MCV)：()fL		血小板数：()×10 ⁴ /μL	
	血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL		血清間接ビリルビン (I-Bil)：()mg/dL	LDH：()U/L
	血清ハプトグロビン：()mg/dL・未実施		直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]	

赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	検査法：()	
	所見：()	

尿検査	尿中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]	尿中ウロビリリン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]	尿中ヘモグロビン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
-----	-----------------------------	---------------------------	---------------------------

便検査	便中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]	便中ウロビリリン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
-----	-----------------------------	---------------------------

画像検査	超音波検査 (肝・脾)：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	所見：()	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	所見：()	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり]
	詳細：()

既往歴	入院加療を要する感染症：[なし ・ あり]
-----	-------------------------

家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]
-----	--------------------------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[なし ・ あり]	薬剤名：()
	除鉄剤：[なし ・ あり]	

輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり]	頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
	血小板輸血：[なし ・ あり]	頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]

手術	脾摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日：(年 月 日)
	治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]	
	手術 (その他)：()	

治療	治療 (その他)：()
----	--------------

治療状況	現在の治療状況：[治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他]
	現在の治療状況 (その他)：()

今後の治療方針	今後の治療方針：()
	治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日)
	治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。			
医療機関名		記載年月日	年 月 日
医療機関住所		診療科	
		医師名	
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号		52		血液疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2		
病名	19 溶血性貧血 (脾機能亢進症によるものに限る。)					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号		受診日	年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳	か	月	日	性別 男・女・性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所 () 都道府県 () 市区町村				
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI			
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	肥満度	%			
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日						
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他()									
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)					療育手帳	なし・あり		
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)		なし・あり(等級 1級・2級・3級)							
現状評価	治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能					運動制限の必要性		なし・あり		
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する・しない・不明		小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当			する・しない・不明		
臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載										
診断	二次性の原因:()									
症状	全身	貧血:[なし・あり]								
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]			紫斑:[なし・あり]					
	消化器	黄疸:[なし・あり]			脾腫大:[なし・あり]			胆石:[なし・あり]		
	その他	症状(その他):()								
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載										
診断	二次性の原因:()									
症状	全身	貧血:[なし・あり]								
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]			紫斑:[なし・あり]					
	消化器	黄疸:[なし・あり]			脾腫大:[なし・あり]			胆石:[なし・あり]		
	その他	症状(その他):()								
検査所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載										
血液検査	白血球数:()/μL		好中球:()%		リンパ球:()%		単球:()%			
	好酸球:()%		網赤血球:()%		赤血球数:()×10 ⁴ /μL		ヘモグロビン(Hb):()g/dL			
	平均赤血球容積(MCV):()fL		血小板数:()×10 ⁴ /μL							
	血清直接ビリルビン(D-Bil):()mg/dL		血清間接ビリルビン(I-Bil):()mg/dL		LDH:()U/L					
血清ハプトグロビン:()mg/dL・未実施		直接Coombs試験:[陰性・陽性・不明]								
自己抗体種別:[未実施・実施]										
検査方法:()										
所見:()										
末梢血赤血球形態異常:[なし・あり]		所見:()								
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査:[未実施・実施]		実施日:()年()月()日		検査法:()					
所見:()										
尿検査	尿中ウロビリノーゲン:[陰性・陽性・不明]			尿中ウロビリリン:[陰性・陽性・不明]			尿中ヘモグロビン:[陰性・陽性・不明]			
便検査	便中ウロビリノーゲン:[陰性・陽性・不明]			便中ウロビリリン:[陰性・陽性・不明]						
画像検査	超音波検査(肝・脾):[未実施・実施]		実施日:()年()月()日		所見:()					
	CT検査(肝):[未実施・実施]		実施日:()年()月()日		所見:()					
検査所見(その他)	検査所見(その他):()									

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil)：()mg/dL LDH：()U/L 血清ハプトグロビン：()mg/dL・未実施 直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 自己抗体種別：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 検査法：() 所見：()
尿検査	尿中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ウロビリリン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ヘモグロビン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
便検査	便中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 便中ウロビリリン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
画像検査	超音波検査 (肝・脾)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()
既往歴	入院加療を要する感染症：[なし ・ あり]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 免疫抑制薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() 除鉄剤：[なし ・ あり]
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
手術	脾摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 手術 (その他)：()
治療	治療 (その他)：()
治療状況	現在の治療状況：[治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他] 現在の治療状況 (その他)：()
今後の治療方針	今後の治療方針：() 治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月
医療機関・医師署名	
上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関住所	診療科
	医師名
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号	47	血液疾患	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	1/2
-------------	-----------	-------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

病名	20 微小血管障害性溶血性貧血					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規								
受給者番号		受診日	年	月	日										
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)									
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か	月	日	性別	男	・	女	・	性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	()	都道府県	()	市区町村				
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI			肥満度			
		年	月	日		年	月	日					%		
発病時期	年	月	頃	初診日	年	月	日								
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()														
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)					療育手帳	なし ・ あり							
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)											
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性			なし ・ あり						
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当					する ・ しない ・ 不明				
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
診断	二次性の原因: ()														
症状	全身	貧血: [なし ・ あり]			高血圧: [なし ・ あり]			浮腫: [なし ・ あり]							
		DIC: [なし ・ あり]			血栓症: [なし ・ あり]										
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]			紫斑: [なし ・ あり]										
	消化器	黄疸: [なし ・ あり]			脾腫大: [なし ・ あり]			消化器症状: [なし ・ あり]							
		腹部症状: [なし ・ あり]			下血: [なし ・ あり]			消化管出血: [なし ・ あり]							
	精神・神経	神経症状: [なし ・ あり]													
腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]			腎機能低下: [なし ・ あり]			腎炎: [なし ・ あり]								
その他	症状 (その他): ()														
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
診断	二次性の原因: ()														
症状	全身	貧血: [なし ・ あり]			高血圧: [なし ・ あり]			浮腫: [なし ・ あり]							
		DIC: [なし ・ あり]			血栓症: [なし ・ あり]										
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]			紫斑: [なし ・ あり]										
	消化器	黄疸: [なし ・ あり]			脾腫大: [なし ・ あり]			消化器症状: [なし ・ あり]							
		腹部症状: [なし ・ あり]			下血: [なし ・ あり]			消化管出血: [なし ・ あり]							
	精神・神経	神経症状: [なし ・ あり]													
腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]			腎機能低下: [なし ・ あり]			腎炎: [なし ・ あり]								
その他	症状 (その他): ()														
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
血液検査	白血球数: ()/μL		好中球: ()%		リンパ球: ()%		単球: ()%								
	好酸球: ()%		網赤血球: ()%		赤血球数: ()×10 ⁴ /μL		ヘモグロビン (Hb): ()g/dL								
	平均赤血球容積 (MCV): ()fL		血小板数: ()×10 ⁴ /μL												
	血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL		血清間接ビリルビン (I-Bil): ()mg/dL		LDH: ()U/L										
血清ハプトグロビン: ()mg/dL ・ 未実施		直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]													
末梢血赤血球形態異常: [なし ・ あり]															
所見: ()															
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査: [未実施 ・ 実施]					実施日: (年 月 日)									
	検査法: ()														
	所見: ()														
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施]					実施日: (年 月 日)									
	所見: ()														
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()														

告示番号 47 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/2
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil)：()mg/dL LDH：()U/L 血清ハプトグロビン：()mg/dL・未実施 直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]	
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 検査法：() 所見：()	
画像検査	超音波検査 (肝・脾)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()	
既往歴	入院加療を要する感染症：[なし ・ あり] 血栓または出血の既往：[なし ・ あり]	
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 免疫抑制薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() 抗凝固療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 抗けいれん薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() 免疫グロブリン大量療法：[なし ・ あり] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] ステロイド薬：[なし ・ あり] G-CSF療法：[なし ・ あり] 除鉄剤：[なし ・ あり]	
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]	
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析)：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月) 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]	
	血液透析 (慢性透析)：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月) 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]	
治療	治療 (その他)：()	
治療状況	現在の治療状況：[治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他] 現在の治療状況 (その他)：()	
今後の治療方針	今後の治療方針：()	
	治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月	
医療機関・医師署名		
上記の通り診断します。		
医療機関名	記載年月日	年 月 日
医療機関住所	診療科	
	医師名	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号	25	血液疾患	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	1/2
-------------	-----------	-------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

病名	21 真性多血症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号		受診日	年	月	日			
ふりがな					(変更があった場合)			
氏名					ふりがな			
(Alphabet)					以前の登録氏名			
					(Alphabet)			
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か月	日	
							性別	
							男 ・ 女 ・ 性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村	
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)		
	年	月	日	年	月	日	BMI	
							肥満度	
							%	
発病時期	年	月	頃	初診日	年	月	日	
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校 (専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校 / 専修学校 など ・ 大学 (短期大学を含む) ・ 就労 (就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()							
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級 ・ 5 級 ・ 6 級)				療育手帳	なし ・ あり	
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)	なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級)						
現状評価	治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				運動制限の必要性		なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明	
臨床所見 (診断時) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載								
症状	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]		紫斑: [なし ・ あり]				
	消化器	黄疸: [なし ・ あり]		肝腫大: [なし ・ あり]		脾腫大: [なし ・ あり]		
	精神・神経	神経症状: [なし ・ あり]						
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [なし ・ あり]						
	その他	症状 (その他): ()						
臨床所見 (申請時) ※ 直近の状況を記載								
症状	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]		紫斑: [なし ・ あり]				
	消化器	黄疸: [なし ・ あり]		肝腫大: [なし ・ あり]		脾腫大: [なし ・ あり]		
	精神・神経	神経症状: [なし ・ あり]						
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [なし ・ あり]						
	その他	症状 (その他): ()						
検査所見 (診断時) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載								
血液検査	白血球数: () / μ L		好中球: () %		リンパ球: () %		単球: () %	
	好酸球: () %		網赤血球: () %		赤血球数: () $\times 10^4 / \mu$ L		ヘモグロビン (Hb): () g/dL	
	平均赤血球容積 (MCV): () fL		血小板数: () $\times 10^4 / \mu$ L					
	血清直接ビリルビン (D-Bil): () mg/dL		LDH: () U/L					
	血清鉄 (Fe): () mg/dL		フェリチン: () ng/mL ・ 未実施		TIBC: () mg/dL		UIBC: () μ g/dL	
	葉酸: () ng/mL		ビタミンB ₁₂ : () pg/mL		エリスロポイエチン: () mIU/mL ・ 未実施			
	末梢血赤血球形態異常: [なし ・ あり]							
	所見: ()							
骨髄検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: () 年 () 月 () 日					
	赤芽球系: () %		顆粒球系: () %		単球系: () %		リンパ球系: () %	
	芽球系: () %		有核細胞数: () $\times 10^4 / \mu$ L		内因性赤芽球コロニー形成: [なし ・ あり]			
画像検査	超音波検査 (肝 ・ 脾): [未実施 ・ 実施]		実施日: () 年 () 月 () 日					
	所見: ()							
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施]		実施日: () 年 () 月 () 日					
	染色体検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: () 年 () 月 () 日					
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: () 年 () 月 () 日		Jak2V617F 遺伝子異常: [なし ・ あり ・ 不明]			
	遺伝子異常 (その他): ()							
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()							

告示番号 **25** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL LDH：()U/L 血清鉄 (Fe)：()mg/dL フェリチン：()ng/mL・未実施 TIBC：()mg/dL UIBC：()μg/dL 葉酸：()ng/mL ビタミンB ₁₂ ：()pg/mL
骨髄検査	骨髄検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
画像検査	超音波検査 (肝・脾)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
	染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) Jak2V617F 遺伝子異常：[なし ・ あり ・ 不明] 遺伝子異常 (その他)：()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()
既往歴	入院加療を要する感染症：[なし ・ あり]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 抗腫瘍薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() 抗凝固療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 除鉄剤：[なし ・ あり]
	抗体薬/分子標的薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
手術	脾摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 手術 (その他)：()
移植	造血幹細胞移植：[未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日：(年 月 日) ドナー：[血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞：[骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLA アリル一一致度：[8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] HLA 抗原一一致度：[完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明] ex vivo 細胞除去：[未実施 ・ 実施 ・ 不明] 前処置：()
治療	治療 (その他)：()
治療状況	現在の治療状況：[治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他] 現在の治療状況 (その他)：()
今後の治療方針	今後の治療方針：()
	治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月
医療機関・医師署名	
上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関住所	診療科
	医師名
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		9		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	22 家族性赤血球増加症								受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
氏名 (Alphabet)													
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢			歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		肥満度	%						
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳	なし ・ あり				
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり				
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明				
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
症状	皮膚・粘膜	出血斑:[なし ・ あり]			紫斑:[なし ・ あり]								
	消化器	黄疸:[なし ・ あり]			肝腫大:[なし ・ あり]			脾腫大:[なし ・ あり]					
	精神・神経	神経症状:[なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	呼吸障害:[なし ・ あり]											
	その他	症状(その他):()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	皮膚・粘膜	出血斑:[なし ・ あり]			紫斑:[なし ・ あり]								
	消化器	黄疸:[なし ・ あり]			肝腫大:[なし ・ あり]			脾腫大:[なし ・ あり]					
	精神・神経	神経症状:[なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	呼吸障害:[なし ・ あり]											
	その他	症状(その他):()											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液検査	白血球数:()/μL		好中球:()%		リンパ球:()%		単球:()%						
	好酸球:()%		網赤血球:()%		赤血球数:()×10 ⁴ /μL		ヘモグロビン(Hb):()g/dL						
血液検査	平均赤血球容積(MCV):()fL		血小板数:()×10 ⁴ /μL		血清直接ビリルビン(D-Bil):()mg/dL		LDH:()U/L						
	血清鉄(Fe):()mg/dL		フェリチン:()ng/mL		未実施		TIBC:()mg/dL		UIBC:()μg/dL				
	葉酸:()ng/mL		ビタミンB ₁₂ :()pg/mL										
	末梢血赤血球形態異常:[なし ・ あり]												
	所見:()												
骨髄検査	骨髄検査:[未実施 ・ 実施]			実施日:(年 月 日)									
	赤芽球系:()%			有核細胞数:()×10 ⁴ /μL									
画像検査	超音波検査(肝・脾):[未実施 ・ 実施]			実施日:(年 月 日)									
	所見:()												
画像検査	CT検査(肝):[未実施 ・ 実施]			実施日:(年 月 日)									
	所見:()												
遺伝学的検査	染色体検査(骨髄):[未実施 ・ 実施]			実施日:(年 月 日)									
	所見:()												
	染色体検査:[未実施 ・ 実施]			実施日:(年 月 日)									
遺伝学的検査	所見:()												
	遺伝子検査:[未実施 ・ 実施]			実施日:(年 月 日)									
遺伝学的検査	所見:()												
検査所見(その他)	検査所見(その他):()												

告示番号 **9** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL LDH：()U/L 血清鉄 (Fe)：()mg/dL フェリチン：()ng/mL・未実施 TIBC：()mg/dL UIBC：()μg/dL 葉酸：()ng/mL ビタミンB ₁₂ ：()pg/mL
骨髄検査	骨髄検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
画像検査	超音波検査 (肝・脾)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
	染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()
既往歴	入院加療を要する感染症：[なし ・ あり]
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 抗腫瘍薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() 抗凝固療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 除鉄剤：[なし ・ あり]
	抗体薬/分子標的薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
手術	脾摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 手術 (その他)：()
移植	造血幹細胞移植：[未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日：(年 月 日) ドナー：[血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞：[骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLA アリル一一致度：[8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] HLA 抗原一一致度：[完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明] ex vivo細胞除去：[未実施 ・ 実施 ・ 不明] 前処置：()
治療	治療 (その他)：()
治療状況	現在の治療状況：[治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他] 現在の治療状況 (その他)：()
今後の治療方針	今後の治療方針：()
	治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月
医療機関・医師署名	
上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関住所	診療科
	医師名
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		16		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	23 免疫性血小板減少性紫斑病								受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日									
ふりがな								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
氏名 (Alphabet)													
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定				
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI				
		年 月 日				年 月 日				肥満度	%		
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳	なし ・ あり				
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり				
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明				
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
現在の生活状態	社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]												
症状	皮膚・粘膜	発疹: [なし ・ あり]		出血斑: [なし ・ あり]		紫斑: [なし ・ あり]							
	消化器	下血: [なし ・ あり]		消化管出血: [なし ・ あり]									
	筋・骨格	関節痛: [なし ・ あり]											
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	過多月経: [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]											
	その他	歯肉出血: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
現在の生活状態	社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]												
症状	皮膚・粘膜	発疹: [なし ・ あり]		出血斑: [なし ・ あり]		紫斑: [なし ・ あり]							
	消化器	下血: [なし ・ あり]		消化管出血: [なし ・ あり]									
	筋・骨格	関節痛: [なし ・ あり]											
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	過多月経: [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]											
	その他	歯肉出血: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液検査	白血球数: ()/μL		好中球: ()%		リンパ球: ()%		単球: ()%						
	好酸球: ()%		網赤血球: ()%		赤血球数: ()×10 ⁴ /μL		ヘモグロビン (Hb): ()g/dL						
	平均赤血球容積 (MCV): ()fL		血小板数: ()×10 ⁴ /μL		PT: ()秒 ・ %		PT-INR: ()						
	APTT: ()秒		直接 Coombs 試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]		血小板表面結合 IgG (PA IgG): ()ng/10 ⁷ cells								
	網状血小板比率: ()%		網状血小板比率 (正常対照): ()%										
	抗血小板自己抗体: [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()												
自己抗体 (Gp II b/III a): [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()													
自己抗体 (GP I b): [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()													
自己抗体 (その他): ()													
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		検査法: () 所見: ()								
骨髓検査	骨髓検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		巨核球数: ()/mL 造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [なし ・ あり] 骨髓球系: [なし ・ あり] 巨核球: [なし ・ あり]								

告示番号	16	血液疾患 () 年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	2/2
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)		所見: ()	
	CT検査 (肝): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)		所見: ()	
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)		所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()			
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載				
血液検査	白血球数: ()/μL	好中球: ()%	リンパ球: ()%	単球: ()%
	好酸球: ()%	網赤血球: ()‰	赤血球数: ()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL
	平均赤血球容積 (MCV): ()fL	血小板数: ()×10 ⁴ /μL	PT: ()秒	PT-INR: ()
	APTT: ()秒	直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]	血小板表面結合IgG (PA IgG): ()ng/10 ⁷ cells	
	網状血小板比率: ()%	網状血小板比率 (正常対照): ()%		
	抗血小板自己抗体: [未実施 ・ 実施]			
	検査方法: ()			
	所見: ()			
	自己抗体 (Gp II b/III a): [未実施 ・ 実施]			
	検査方法: ()			
	所見: ()			
	自己抗体 (GP I b): [未実施 ・ 実施]			
	検査方法: ()			
	所見: ()			
	自己抗体 (その他): ()			
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)	
	検査法: ()		所見: ()	
骨髄検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)	
	所見: ()			
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)	
	所見: ()			
	CT検査 (肝): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)	
	所見: ()			
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)	
	所見: ()			
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()			
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載				
合併症	合併症: [なし ・ あり]			
	詳細: ()			
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明]			
経過 (申請時) ※直近の状況を記載				
薬物療法	補充療法: [なし ・ あり] 薬剤名: ()			
	免疫抑制薬: [なし ・ あり] 薬剤名: ()			
	免疫グロブリン大量療法: [なし ・ あり] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]			
	ピロリ菌除去: [未実施 ・ 実施] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]			
	ステロイド薬: [なし ・ あり]			
	サイトカイン類: [なし ・ あり] 薬剤名: ()			
	治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]			
輸血療法	赤血球輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]			
	血小板輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]			
手術	脾摘出術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]		実施日: (年 月 日)	
	治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]		手術 (その他): ()	
治療	治療 (その他): ()			
今後の治療方針	今後の治療方針: ()			
	治療見込み期間 (入院)	開始日: (年 月 日)	終了日: (年 月 日)	
	治療見込み期間 (外来)	開始日: (年 月 日)	終了日: (年 月 日)	通院頻度: ()回/月
医療機関・医師署名				
上記の通り診断します。				
医療機関名			記載年月日	年 月 日
医療機関住所			診療科	
			医師名	
			小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号	17	血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	1/2
-------------	-----------	---	------------

病名	24 23に掲げるもののほか、血小板減少性紫斑病 (具体的な疾病名:)					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号		受診日	年	月	日						
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か	月	日	性別	男・女・性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所 () 都道府県 () 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI		
	年	月	日	年	月	日	年	月	日	肥満度 %	
発病時期	年	月	頃	初診日	年	月	日				
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他()										
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)					療育手帳	なし・あり			
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)	なし・あり(等級 1級・2級・3級)									
現状評価	治療・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能					運動制限の必要性			なし・あり		
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する・しない・不明		小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当			する・しない・不明		
臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載											
症状	全身	貧血:[なし・あり]									
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]				紫斑:[なし・あり]					
	消化器	黄疸:[なし・あり]			肝腫大:[なし・あり]			脾腫大:[なし・あり]			
		下血:[なし・あり]			消化管出血:[なし・あり]						
	精神・神経	脳出血:[なし・あり]									
	腎・泌尿器	血尿:[なし・あり]									
	内分泌・代謝	過多月経:[なし・あり]									
	耳鼻咽喉	鼻出血:[なし・あり]									
その他	歯肉出血:[なし・あり] 症状(その他):()										
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載											
症状	全身	貧血:[なし・あり]									
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]				紫斑:[なし・あり]					
	消化器	黄疸:[なし・あり]			肝腫大:[なし・あり]			脾腫大:[なし・あり]			
		下血:[なし・あり]			消化管出血:[なし・あり]						
	精神・神経	脳出血:[なし・あり]									
	腎・泌尿器	血尿:[なし・あり]									
	内分泌・代謝	過多月経:[なし・あり]									
	耳鼻咽喉	鼻出血:[なし・あり]									
その他	歯肉出血:[なし・あり] 症状(その他):()										
検査所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載											
血液検査	白血球数:()/μL	好中球:()%	リンパ球:()%	単球:()%							
	好酸球:()%	網赤血球:()%	赤血球数:()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン(Hb):()g/dL							
	平均赤血球容積(MCV):()fL	血小板数:()×10 ⁴ /μL	PT:()秒	%	PT-INR:()						
	APTT:()秒	直接Coombs試験:[陰性・陽性・不明]	血小板表面結合IgG(PA IgG):()ng/10 ⁷ cells								
	網状血小板比率:()%	網状血小板比率(正常対照):()%									
	血小板機能検査:[未実施・実施]	検査方法:()									
	所見:()										
	抗血小板自己抗体:[未実施・実施]	検査方法:()									
所見:()											
自己抗体(Gp II b/III a):[未実施・実施]	検査方法:()										
所見:()											
自己抗体(GP I b):[未実施・実施]	検査方法:()										
所見:()											
自己抗体(その他):()											
細胞表面抗原検査	CD59陰性細胞比率(フローサイトメトリー法):[未実施・実施]					比率所見:()%					
	細胞表面抗原検査:[未実施・実施] 所見:()										
赤血球特殊検査	HAMテスト:[陰性・陽性・不明]										

告示番号 **17** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

骨髄検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 巨核球数: ()/mL 造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [なし ・ あり] 骨髄球系: [なし ・ あり] 巨核球: [なし ・ あり]
感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	CT検査 (肝): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()% 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 平均赤血球容積 (MCV): ()fL 血小板数: ()×10 ⁴ /μL PT: ()秒 ・ % PT-INR: () APTT: ()秒 直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 血小板表面結合IgG (PA IgG): ()ng/10 ⁷ cells 網状血小板比率: ()% 網状血小板比率 (正常対照): ()%
	抗血小板自己抗体: [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()
	血小板機能検査: [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()
	自己抗体 (Gp II b/III a): [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()
	自己抗体 (GP I b): [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()
	自己抗体 (その他): ()
細胞表面抗原検査	CD59陰性細胞比率 (フローサイトメトリー法): [未実施 ・ 実施] 比率所見: ()% 細胞表面抗原検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()
赤血球特殊検査	HAMテスト: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
骨髄検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	CT検査 (肝): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法: [なし ・ あり] 薬剤名: () 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 薬剤名: () 免疫グロブリン大量療法: [なし ・ あり] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] ピロリ菌除去: [未実施 ・ 実施] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] ステロイド薬: [なし ・ あり]
	サイトカイン類: [なし ・ あり] 薬剤名: () 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
輸血療法	赤血球輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
手術	脾摘術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 手術 (その他): ()
治療	治療 (その他): ()
今後の治療方針	今後の治療方針: ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名 記載年月日 年 月 日
医療機関住所
診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号 **18** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **1/2**

病名	25 血栓性血小板減少性紫斑病					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号		受診日	年	月	日					
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か	月	日	性別	男・女・性別未決定
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	()	都道府県	()	市区町村
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI	
	年	月	日		年	月	日	肥満度		%
発病時期	年	月	頃	初診日	年	月	日			
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他()									
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)					療育手帳	なし・あり		
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)	なし・あり(等級 1級・2級・3級)								
現状評価	治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能					運動制限の必要性		なし・あり		
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する・しない・不明		小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当			する・しない・不明		
臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載										
症状	全身	発熱:[なし・あり]			貧血:[なし・あり]			血栓症:[なし・あり]		
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]			紫斑:[なし・あり]					
	消化器	黄疸:[なし・あり] 下血:[なし・あり]			肝腫大:[なし・あり] 消化管出血:[なし・あり]			脾腫大:[なし・あり]		
	精神・神経	神経症状:[なし・あり]			脳出血:[なし・あり]					
	腎・泌尿器	血尿:[なし・あり]			腎機能低下:[なし・あり]					
	内分泌・代謝	過多月経:[なし・あり]								
	耳鼻咽喉	鼻出血:[なし・あり]								
	その他	歯肉出血:[なし・あり] 症状(その他):()								
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載										
症状	全身	発熱:[なし・あり]			貧血:[なし・あり]			血栓症:[なし・あり]		
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]			紫斑:[なし・あり]					
	消化器	黄疸:[なし・あり] 下血:[なし・あり]			肝腫大:[なし・あり] 消化管出血:[なし・あり]			脾腫大:[なし・あり]		
	精神・神経	神経症状:[なし・あり]			脳出血:[なし・あり]					
	腎・泌尿器	血尿:[なし・あり]			腎機能低下:[なし・あり]					
	内分泌・代謝	過多月経:[なし・あり]								
	耳鼻咽喉	鼻出血:[なし・あり]								
	その他	歯肉出血:[なし・あり] 症状(その他):()								
検査所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載										
血液検査	白血球数:()/μL	好中球:()%	リンパ球:()%	単球:()%						
	好酸球:()%	網赤血球:()%	赤血球数:()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン(Hb):()g/dL						
	平均赤血球容積(MCV):()fl	血小板数:()×10 ⁴ /μL	PT:()秒・%	PT-INR:()						
	APTT:()秒	フィブリノゲン:()mg/dL	アンチトロンビン:()%	血清クレアチニン:()mg/dL						
	出血時間:()分	ADAMTS13活性:()%	血清直接ビリルビン(D-Bil):()mg/dL	血清間接ビリルビン(I-Bil):()mg/dL	LDH:()U/L					
	血清ハプトグロビン:()mg/dL・未実施									
	抗ADAMTS13抗体:[未実施・実施]	判定:[陰性・陽性]								
	末梢血赤血球形態異常:[なし・あり]									
	所見:()									

告示番号 18		血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/2
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)		
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()			
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載				
血液検査	白血球数: ()/μL	好中球: ()%	リンパ球: ()%	単球: ()%
	好酸球: ()%	網赤血球: ()%	赤血球数: ()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL
	平均赤血球容積 (MCV): ()fL	血小板数: ()×10 ⁴ /μL	PT: ()秒	PT-INR: ()
	APTT: ()秒	フィブリノゲン: ()mg/dL	アンチトロンピン: ()%	
	出血時間: ()分	ADAMTS13活性: ()%	血清クレアチニン: ()mg/dL	
	血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL	血清間接ビリルビン (I-Bil): ()mg/dL	LDH: ()U/L	
	血清ハプトグロビン: ()mg/dL	未実施		
	抗ADAMTS13抗体: [未実施 ・ 実施]	判定: [陰性 ・ 陽性]		
	末梢血赤血球形態異常: [なし ・ あり]	所見: ()		
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)		
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()			
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載				
合併症	合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()			
既往歴	血栓または出血の既往: [なし ・ あり]			
経過 (申請時) ※直近の状況を記載				
薬物療法	補充療法: [なし ・ あり]	薬剤名: ()		
	免疫抑制薬: [なし ・ あり]	薬剤名: ()		
	抗けいれん薬: [なし ・ あり]	薬剤名: ()		
	再発予防法: [なし ・ あり]	薬剤名: ()		
	ステロイド薬: [なし ・ あり]			
	抗体薬/分子標的薬: [なし ・ あり]	薬剤名: ()		
	治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]			
輸血療法	赤血球輸血: [なし ・ あり]	頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]		
	血小板輸血: [なし ・ あり]	頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]		
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施]	導入年月: (年 月)		
	治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]			
	血液透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施]	導入年月: (年 月)		
	治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]			
治療	治療 (その他): ()			
今後の治療方針	今後の治療方針: ()			
	治療見込み期間 (入院)	開始日: (年 月 日)	終了日: (年 月 日)	
	治療見込み期間 (外来)	開始日: (年 月 日)	終了日: (年 月 日)	通院頻度: ()回/月
医療機関・医師署名				
上記の通り診断します。				
医療機関名			記載年月日	年 月 日
医療機関住所			診療科	
			医師名	
			小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号		15		血液疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2		
病名	26 血小板減少症 (脾機能亢進症によるものに限る。)					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号		受診日	年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳	か	月	日	性別 男・女・性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所 () 都道府県 () 市区町村				
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI	
		年	月	日		年	月	日	肥満度	%
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日						
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他()									
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)				療育手帳	なし・あり			
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)		なし・あり(等級 1級・2級・3級)							
現状評価	治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能				運動制限の必要性		なし・あり			
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する・しない・不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する・しない・不明		
臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載										
診断	二次性の原因:()									
症状	全身	貧血:[なし・あり]								
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]			紫斑:[なし・あり]					
	消化器	黄疸:[なし・あり]			肝腫大:[なし・あり]			脾腫大:[なし・あり]		
		下血:[なし・あり]			消化管出血:[なし・あり]					
	精神・神経	脳出血:[なし・あり]								
	腎・泌尿器	血尿:[なし・あり]								
	内分泌・代謝	過多月経:[なし・あり]								
	耳鼻咽喉	鼻出血:[なし・あり]								
その他	歯肉出血:[なし・あり]			症状(その他):()						
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載										
診断	二次性の原因:()									
症状	全身	貧血:[なし・あり]								
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]			紫斑:[なし・あり]					
	消化器	黄疸:[なし・あり]			肝腫大:[なし・あり]			脾腫大:[なし・あり]		
		下血:[なし・あり]			消化管出血:[なし・あり]					
	精神・神経	脳出血:[なし・あり]								
	腎・泌尿器	血尿:[なし・あり]								
	内分泌・代謝	過多月経:[なし・あり]								
	耳鼻咽喉	鼻出血:[なし・あり]								
その他	歯肉出血:[なし・あり]			症状(その他):()						
検査所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載										
血液検査	白血球数:()/μL	好中球:()%	リンパ球:()%	単球:()%						
	好酸球:()%	網赤血球:()%	赤血球数:()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン(Hb):()g/dL						
	平均赤血球容積(MCV):()fL	血小板数:()×10 ⁴ /μL	PT:()秒	PT-INR:()						
	APTT:()秒	直接Coombs試験:[陰性・陽性・不明]	血小板表面結合IgG(PA IgG):()ng/10 ⁷ cells							
	網状血小板比率:()%	網状血小板比率(正常対照):()%								
	抗血小板自己抗体:[未実施・実施]	検査方法:() 所見:()								
自己抗体(Gp II b/III a):[未実施・実施]	検査方法:() 所見:()									
自己抗体(GP I b):[未実施・実施]	検査方法:() 所見:()									
自己抗体(その他):()										

告示番号 **15** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

骨髓検査	骨髓検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
病理検査	骨髓生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	CT検査 (肝): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()% 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 平均赤血球容積 (MCV): ()fL 血小板数: ()×10 ⁴ /μL PT: ()秒 ・ % PT-INR: () APTT: ()秒 直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 血小板表面結合IgG (PA IgG): ()ng/10 ⁷ cells 網状血小板比率: ()% 網状血小板比率 (正常対照): ()%
	抗血小板自己抗体: [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()
	自己抗体 (Gp II b/III a): [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()
	自己抗体 (GP I b): [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()
	自己抗体 (その他): ()

骨髓検査	骨髓検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
病理検査	骨髓生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	CT検査 (肝): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明]

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	免疫抑制薬: [なし ・ あり] 薬剤名: () ピロリ菌除去: [未実施 ・ 実施] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
	サイトカイン類: [なし ・ あり] 薬剤名: () 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
手術	脾摘出術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 手術 (その他): ()
治療	治療 (その他): ()
今後の治療方針	今後の治療方針: ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名 記載年月日 年 月 日
医療機関住所 診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号 **41** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **1/2**

病名	27 先天性無巨核球性血小板減少症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号			受診日	年 月 日					
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男・女・性別未決定		
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村		
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI		
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日		肥満度	%	
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日					
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他()								
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)				療育手帳	なし・あり		
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)		なし・あり(等級 1級・2級・3級)						
現状評価	治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能				運動制限の必要性		なし・あり		
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する・しない・不明		小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当		する・しない・不明		
臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載									
症状	全身	貧血:[なし・あり]							
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]		紫斑:[なし・あり]					
	消化器	黄疸:[なし・あり]		肝腫大:[なし・あり]		脾腫大:[なし・あり]			
		下血:[なし・あり]		消化管出血:[なし・あり]					
	精神・神経	脳出血:[なし・あり]							
	腎・泌尿器	血尿:[なし・あり]							
	内分泌・代謝	過多月経:[なし・あり]							
	耳鼻咽喉	鼻出血:[なし・あり]							
その他	歯肉出血:[なし・あり]		症状(その他):()						
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載									
症状	全身	貧血:[なし・あり]							
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]		紫斑:[なし・あり]					
	消化器	黄疸:[なし・あり]		肝腫大:[なし・あり]		脾腫大:[なし・あり]			
		下血:[なし・あり]		消化管出血:[なし・あり]					
	精神・神経	脳出血:[なし・あり]							
	腎・泌尿器	血尿:[なし・あり]							
	内分泌・代謝	過多月経:[なし・あり]							
	耳鼻咽喉	鼻出血:[なし・あり]							
その他	歯肉出血:[なし・あり]		症状(その他):()						
検査所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載									
血液検査	白血球数:()/μL		好中球:()%		リンパ球:()%		単球:()%		
	好酸球:()%		網赤血球:()%		赤血球数:()×10 ⁴ /μL		ヘモグロビン(Hb):()g/dL		
	ヘモグロビンF(HbF):()%		平均赤血球容積(MCV):()fL		平均血小板容積(MPV):()fL				
	血小板数:()×10 ⁴ /μL		PT:()秒・%		PT-INR:()		APTT:()秒		
	LDH:()U/L		直接Coombs試験:[陰性・陽性・不明]		血小板表面結合IgG(PA IgG):()ng/10 ⁷ cells				
	網状血小板比率:()%		網状血小板比率(正常対照):()%						
	抗血小板自己抗体:[未実施・実施] 検査方法:()								
	所見:()								
自己抗体(Gp II b/III a):[未実施・実施] 検査方法:()									
所見:()									
自己抗体(GP I b):[未実施・実施] 検査方法:()									
所見:()									
末梢白血球形態異常:[なし・あり]									
所見:()									
自己抗体(その他):()									
骨髓検査	骨髓検査:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日)								
	赤芽球系:()%		顆粒球系:()%		単球系:()%		リンパ球系:()%		
	芽球系:()%		有核細胞数:()×10 ⁴ /μL		巨核球数:()/mL				
	造血細胞の形態異常:赤芽球系:[なし・あり]				骨髄球系:[なし・あり]		巨核球:[なし・あり]		
病理検査	骨髓生検:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日)								
	所見:()								

告示番号 **41** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()

検査所見 (その他) 検査所見 (その他): ()

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()%
	好酸球: ()% 網赤血球: ()‰ 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL
	ヘモグロビンF (HbF): ()% 平均赤血球容積 (MCV): ()fL 平均血小板容積 (MPV): ()fL
	血小板数: ()×10 ⁴ /μL PT: ()秒 ・ % PT-INR: () APTT: ()秒
	LDH: ()U/L 直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 血小板表面結合IgG (PA IgG): ()ng/10 ⁷ cells
	網状血小板比率: ()% 網状血小板比率 (正常対照): ()%
	抗血小板自己抗体: [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()
	自己抗体 (Gp II b/III a): [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()
自己抗体 (GP I b): [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()	
末梢血白血球形態異常: [なし ・ あり] 所見: ()	
末梢血赤血球形態異常: [なし ・ あり] 所見: ()	
自己抗体 (その他): ()	

骨髄検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
	赤芽球系: ()% 顆粒球系: ()% 単球系: ()% リンパ球系: ()%
	芽球系: ()% 有核細胞数: ()×10 ⁴ /μL 巨核球数: ()/mL 造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [なし ・ あり] 骨髄球系: [なし ・ あり] 巨核球: [なし ・ あり]

病理検査	骨髄生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
------	--

遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()

検査所見 (その他) 検査所見 (その他): ()

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()
-----	-----------------------------

家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明]
-----	---------------------------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法: [なし ・ あり] 薬剤名: ()
	免疫抑制薬: [なし ・ あり] 薬剤名: ()
	免疫グロブリン大量療法: [なし ・ あり] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] ピロリ菌除去: [未実施 ・ 実施] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] ステロイド薬: [なし ・ あり]
サイトカイン類: [なし ・ あり] 薬剤名: () 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]	

輸血療法	赤血球輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
------	--

手術	脾摘手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 手術 (その他): ()
----	---

移植	造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日: (年 月 日)
	ドナー: [血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明]
	HLAアリール一致度: [8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] HLA抗原一致度: [完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明] ex vivo細胞除去: [未実施 ・ 実施 ・ 不明] 前処置: ()

治療 治療 (その他): ()

今後の治療方針	今後の治療方針: ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日)
	治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名 記載年月日 年 月 日

医療機関住所 診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		42		血液疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2		
病名	28 ファンconi (Fanconi) 貧血					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日						
ふりがな					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
氏名 (Alphabet)										
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村			
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI			
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日		肥満度	%		
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日						
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校 (専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校 / 専修学校 など ・ 大学 (短期大学を含む) ・ 就労 (就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()									
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級 ・ 5 級 ・ 6 級)				療育手帳	なし ・ あり			
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)	なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級)								
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				運動制限の必要性		なし ・ あり			
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		
臨床所見 (診断時)	※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載									
現在の生活状態	社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]									
症状	全身	低身長 (身長 - 2.0SD 以下): [なし ・ あり]		易感染性: [なし ・ あり]		貧血: [なし ・ あり]				
	皮膚・粘膜	色素沈着: [なし ・ あり]		出血斑: [なし ・ あり]		紫斑: [なし ・ あり]				
	消化器	黄疸: [なし ・ あり]		肝腫大: [なし ・ あり]		脾腫大: [なし ・ あり]				
		下血: [なし ・ あり]		消化管出血: [なし ・ あり]						
	筋・骨格	四肢・骨格奇形: [なし ・ あり]								
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]					脳出血: [なし ・ あり]			
	内分泌・代謝	性腺機能低下: [なし ・ あり]		過多月経: [なし ・ あり]						
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]								
その他	小奇形: [なし ・ あり]		歯肉出血: [なし ・ あり]		症状 (その他): ()					
臨床所見 (申請時)	※直近の状況を記載									
現在の生活状態	社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]									
症状	全身	低身長 (身長 - 2.0SD 以下): [なし ・ あり]		易感染性: [なし ・ あり]		貧血: [なし ・ あり]				
	皮膚・粘膜	色素沈着: [なし ・ あり]		出血斑: [なし ・ あり]		紫斑: [なし ・ あり]				
	消化器	黄疸: [なし ・ あり]		肝腫大: [なし ・ あり]		脾腫大: [なし ・ あり]				
		下血: [なし ・ あり]		消化管出血: [なし ・ あり]						
	筋・骨格	四肢・骨格奇形: [なし ・ あり]								
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]					脳出血: [なし ・ あり]			
	内分泌・代謝	性腺機能低下: [なし ・ あり]		過多月経: [なし ・ あり]						
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]								
その他	小奇形: [なし ・ あり]		歯肉出血: [なし ・ あり]		症状 (その他): ()					
検査所見 (診断時)	※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載									
血液検査	白血球数: () / μL	好中球: () %		リンパ球: () %		単球: () %				
	好酸球: () %	網赤血球: () %		好中球数: () / μL						
	赤血球数: () $\times 10^4 / \mu\text{L}$	ヘモグロビン (Hb): () g/dL		ヘモグロビン F (HbF): () %						
	平均赤血球容積 (MCV): () fL	血小板数: () $\times 10^4 / \mu\text{L}$								
	末梢血白血球形態異常: [なし ・ あり]	所見: ()								
末梢血赤血球形態異常: [なし ・ あり]	所見: ()									
骨髓検査	骨髓検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: () 年 月 日								
	赤芽球系: () %	顆粒球系: () %		単球系: () %		リンパ球系: () %				
	芽球系: () %	有核細胞数: () $\times 10^4 / \mu\text{L}$		巨核球数: () / mL						
造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [なし ・ あり]	骨髓球系: [なし ・ あり]		巨核球: [なし ・ あり]							
病理検査	骨髓生検: [未実施 ・ 実施]	実施日: () 年 月 日								
	所見: ()									
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施]	実施日: () 年 月 日								
	所見: ()									
	CT 検査 (肝): [未実施 ・ 実施]	実施日: () 年 月 日								
所見: ()										

告示番号 **42** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	染色体脆弱性試験: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()

検査所見 (その他) 検査所見 (その他): ()

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()‰ 好中球数: ()/μL
	赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘモグロビンF (HbF): ()% 平均赤血球容積 (MCV): ()fL 血小板数: ()×10 ⁴ /μL
	末梢血白血球形態異常: [なし ・ あり] 所見: ()
	末梢血赤血球形態異常: [なし ・ あり] 所見: ()

骨髄検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 赤芽球系: ()% 顆粒球系: ()% 単球系: ()% リンパ球系: ()% 芽球系: ()% 有核細胞数: ()×10 ⁴ /μL 巨核球数: ()/mL
	造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [なし ・ あり] 骨髄球系: [なし ・ あり] 巨核球: [なし ・ あり]

病理検査	骨髄生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
------	--

画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	CT検査 (肝): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()

遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	染色体脆弱性試験: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()

検査所見 (その他) 検査所見 (その他): ()

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()
-----	-----------------------------

家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明]
-----	---------------------------

重症度分類	重症度 (再生不良性貧血): [軽症 (Stage1) ・ 中等症 (Stage 2) ・ やや重症 (Stage3) ・ 重症 (Stage4) ・ 最重症 (Stage5)]
-------	---

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法: [なし ・ あり] 薬剤名: ()
	免疫抑制薬: [なし ・ あり] 薬剤名: ()
	抗腫瘍薬: [なし ・ あり] 薬剤名: ()
	抗けいれん薬: [なし ・ あり] 薬剤名: ()
	ステロイド薬: [なし ・ あり] G-CSF療法: [なし ・ あり] 除鉄剤: [なし ・ あり]
	アンドロゲン療法: [なし ・ あり] 薬剤名: ()
	治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
	サイトカイン類: [なし ・ あり] 薬剤名: ()
	治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]

輸血療法	赤血球輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
	血小板輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]

移植	造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日: (年 月 日) ドナー: [血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明]
	HLAアレル一致度: [8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明]
	HLA抗原一致度: [完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明] ex vivo細胞除去: [未実施 ・ 実施 ・ 不明]

前処置: ()

治療 (その他): ()

今後の治療方針	今後の治療方針: ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名 記載年月日 年 月 日

医療機関住所

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号 **24** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **1/2**

病名	29 周期性血小板減少症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号			受診日	年 月 日				
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)		
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村	
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI	
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日		肥満度	%
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日				
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()							
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)				療育手帳	なし ・ あり	
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)				
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				運動制限の必要性		なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明	
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載								
診断	二次性の原因: ()							
症状	全身	貧血: [なし ・ あり]						
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]		紫斑: [なし ・ あり]				
	消化器	黄疸: [なし ・ あり]		肝腫大: [なし ・ あり]		脾腫大: [なし ・ あり]		
		下血: [なし ・ あり]		消化管出血: [なし ・ あり]				
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]						
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]						
	内分泌・代謝	過多月経: [なし ・ あり]						
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]						
その他	歯肉出血: [なし ・ あり]		症状 (その他): ()					
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載								
診断	二次性の原因: ()							
症状	全身	貧血: [なし ・ あり]						
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]		紫斑: [なし ・ あり]				
	消化器	黄疸: [なし ・ あり]		肝腫大: [なし ・ あり]		脾腫大: [なし ・ あり]		
		下血: [なし ・ あり]		消化管出血: [なし ・ あり]				
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]						
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]						
	内分泌・代謝	過多月経: [なし ・ あり]						
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]						
その他	歯肉出血: [なし ・ あり]		症状 (その他): ()					
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載								
血液検査	白血球数: ()/μL	好中球: ()%	リンパ球: ()%	単球: ()%				
	好酸球: ()%	網赤血球: ()%	赤血球数: ()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL				
	平均赤血球容積 (MCV): ()fL	血小板数: ()×10 ⁴ /μL	血小板表面結合 IgG (PA IgG): ()ng/10 ⁷ cells					
	網状血小板比率: ()%	網状血小板比率 (正常対照): ()%	直接 Coombs 試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]					
	抗血小板自己抗体: [未実施 ・ 実施]							
	検査方法: ()							
所見: ()								
自己抗体 (Gp II b/III a): [未実施 ・ 実施]	検査方法: ()							
	所見: ()							
	自己抗体 (GP I b): [未実施 ・ 実施]							
	検査方法: ()							
所見: ()								
自己抗体 (その他): ()								
骨髓検査	骨髓検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)						
	所見: ()							

告示番号 24 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/2
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
血液検査	白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()% 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 平均赤血球容積 (MCV): ()fL 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血小板表面結合IgG (PA IgG): ()ng/10 ⁷ cells 網状血小板比率: ()% 網状血小板比率 (正常対照): ()% 直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]	
	抗血小板自己抗体: [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()	
	自己抗体 (Gp II b/III a): [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()	
	自己抗体 (GP I b): [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()	
	自己抗体 (その他): ()	
骨髄検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
合併症	合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()	
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明]	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
薬物療法	補充療法: [なし ・ あり] 薬剤名: () 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 薬剤名: () 免疫グロブリン大量療法: [なし ・ あり] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] ピロリ菌除去: [未実施 ・ 実施] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] ステロイド薬: [なし ・ あり]	
	サイトカイン類: [なし ・ あり] 薬剤名: () 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]	
輸血療法	赤血球輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]	
手術	脾摘出術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 手術 (その他): ()	
治療	治療 (その他): ()	
今後の治療方針	今後の治療方針: ()	
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月	
医療機関・医師署名		
上記の通り診断します。		
医療機関名	記載年月日	年 月 日
医療機関住所	診療科	
	医師名	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号		51		血液疾患 ()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2		
病名	30 メイ・ヘグリン (May-Hegglin) 異常症						受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号			受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI			
	年 月 日	年 月 日			年 月 日	年 月 日			肥満度	%		
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日								
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()											
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)					療育手帳	なし ・ あり				
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)								
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性			なし ・ あり			
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載												
症状	全身	高血圧: [なし ・ あり]					浮腫: [なし ・ あり]					
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]					紫斑: [なし ・ あり]					
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]										
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]					腎機能低下: [なし ・ あり]			蛋白尿: [なし ・ あり]		
	耳鼻咽喉	難聴: [なし ・ あり]					鼻出血: [なし ・ あり]					
	その他	歯肉出血: [なし ・ あり]					症状 (その他): ()					
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載												
症状	全身	高血圧: [なし ・ あり]					浮腫: [なし ・ あり]					
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]					紫斑: [なし ・ あり]					
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]										
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]					腎機能低下: [なし ・ あり]			蛋白尿: [なし ・ あり]		
	耳鼻咽喉	難聴: [なし ・ あり]					鼻出血: [なし ・ あり]					
	その他	歯肉出血: [なし ・ あり]					症状 (その他): ()					
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載												
血液検査	白血球数: ()/μL		好中球: ()%		リンパ球: ()%		単球: ()%					
	好酸球: ()%		網赤血球: ()‰		赤血球数: ()×10 ⁴ /μL		ヘモグロビン (Hb): ()g/dL					
	平均赤血球容積 (MCV): ()fL		平均血小板容積 (MPV): ()fL		血小板数: ()×10 ⁴ /μL							
	末梢血白血球形態異常: [なし ・ あり]											
所見: ()												
血小板機能検査: [未実施 ・ 実施]												
検査方法: ()												
所見: ()												
骨髓検査	骨髓検査: [未実施 ・ 実施]					実施日: (年 月 日)						
所見: ()												
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施]					実施日: (年 月 日)						
	所見: ()											
	染色体検査: [未実施 ・ 実施]					実施日: (年 月 日)						
所見: ()												
遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]					実施日: (年 月 日)							
所見: ()												
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()											

告示番号 **51** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：()/μL	好中球：()%	リンパ球：()%	単球：()%
	好酸球：()%	網赤血球：()%	赤血球数：()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL
	平均赤血球容積 (MCV)：()fL	平均血小板容積 (MPV)：()fL	血小板数：()×10 ⁴ /μL	

末梢血白血球形態異常：[なし ・ あり]	所見：()
------------------------	--------

血小板機能検査：[未実施 ・ 実施]	検査方法：()	所見：()
----------------------	----------	--------

骨髓検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)	所見：()
-------------------	---------------	--------

染色体検査 (骨髓)：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)	所見：()
-------------------------	---------------	--------

染色体検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)	所見：()
--------------------	---------------	--------

遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)	所見：()
--------------------	---------------	--------

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり]	詳細：()
-----	-----------------	--------

家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]
-----	--------------------------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 薬剤名：()	ステロイド薬：[なし ・ あり]
------	--------------------------	--------------------

輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]	血小板輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
------	--	--

血液浄化	腹膜透析 (慢性透析)：[未実施 ・ 実施]	導入年月：(年 月)	治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
------	--------------------------	--------------	-----------------------------------

血液浄化	血液透析 (慢性透析)：[未実施 ・ 実施]	導入年月：(年 月)	治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
------	--------------------------	--------------	-----------------------------------

治療	治療 (その他)：()
----	--------------

今後の治療方針	今後の治療方針：()
---------	-------------

治療見込み期間 (入院)	開始日：(年 月 日)	終了日：(年 月 日)
治療見込み期間 (外来)	開始日：(年 月 日)	終了日：(年 月 日)
通院頻度：()回/月		

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名 _____ 記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関住所 _____

診療科 _____

医師名 _____

小児慢性特定疾病 指定医番号 (_____)

告示番号		49		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	31 本態性血小板血症							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢	歳 か月 日			性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定				
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI				
	年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		肥満度	%			
発病時期	年 月 頃			初診日	年 月 日								
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳	なし ・ あり				
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性			なし ・ あり			
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明			小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
症状	全身	易感染性: [なし ・ あり]				血栓症: [なし ・ あり]							
	消化器	黄疸: [なし ・ あり]				肝腫大: [なし ・ あり]				脾腫大: [なし ・ あり]			
	その他	症状 (その他): ()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	易感染性: [なし ・ あり]				血栓症: [なし ・ あり]							
	消化器	黄疸: [なし ・ あり]				肝腫大: [なし ・ あり]				脾腫大: [なし ・ あり]			
	その他	症状 (その他): ()											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液検査	白血球数: ()/μL	好中球: ()%		リンパ球: ()%		単球: ()%							
	好酸球: ()%	網赤血球: ()%		赤血球数: ()×10 ⁴ /μL		ヘモグロビン (Hb): ()g/dL							
	平均赤血球容積 (MCV): ()fL	平均血小板容積 (MPV): ()fL		血小板数: ()×10 ⁴ /μL									
	フィブリノゲン: ()mg/dL	LDH: ()U/L											
	血小板機能検査: [未実施 ・ 実施]												
	検査方法: ()												
	所見: ()												
骨髄検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: () 年 月 日											
	赤芽球系: ()%	顆粒球系: ()%		単球系: ()%		リンパ球系: ()%							
	芽球系: ()%	有核細胞数: ()×10 ⁴ /μL											
病理検査	骨髄生検: [未実施 ・ 実施]	実施日: () 年 月 日											
	所見: ()												
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施]	実施日: () 年 月 日											
	所見: ()												
	CT検査 (肝): [未実施 ・ 実施]	実施日: () 年 月 日											
所見: ()													
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施]	実施日: () 年 月 日											
	所見: ()												
	染色体検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: () 年 月 日											
所見: ()													
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: () 年 月 日											
所見: ()													
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()												

告示番号 **49** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()% 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 平均赤血球容積 (MCV): ()fL 平均血小板容積 (MPV): ()fL 血小板数: ()×10 ⁴ /μL フィブリノゲン: ()mg/dL LDH: ()U/L
	血小板機能検査: [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()
骨髄検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 赤芽球系: ()% 顆粒球系: ()% 単球系: ()% リンパ球系: ()% 芽球系: ()% 有核細胞数: ()×10 ⁴ /μL
病理検査	骨髄生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	CT検査 (肝): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()
既往歴	血栓または出血の既往: [なし ・ あり]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	免疫抑制薬: [なし ・ あり] 薬剤名: () 抗腫瘍薬: [なし ・ あり] 薬剤名: () ステロイド薬: [なし ・ あり]
移植	造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日: (年 月 日) ドナー: [血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLA アリル一致度: [8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] HLA 抗原一致度: [完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明] ex vivo細胞除去: [未実施 ・ 実施 ・ 不明] 前処置: ()
治療	治療 (その他): ()
今後の治療方針	今後の治療方針: ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月
医療機関・医師署名	
上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関住所	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		13		血液疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2		
病名	32 ベルナル・スーリエ (Bernard-Soulier) 症候群					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号		受診日	年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳	か月	日	性別	男・女・性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎 週	日	出生時に住民登録をした所 () 都道府県 () 市区町村				
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI			
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	肥満度	%			
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日						
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他()									
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)					療育手帳	なし・あり		
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)		なし・あり(等級 1級・2級・3級)							
現状評価	治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能					運動制限の必要性		なし・あり		
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する・しない・不明		小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当			する・しない・不明		
臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載										
現在の生活状態	社会活動:[制限なし・制限あり] 社会活動(その他):() 日常生活:[制限なし・制限あり]									
症状	全身	易感染性:[なし・あり]			貧血:[なし・あり]					
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]			紫斑:[なし・あり]					
	消化器	黄疸:[なし・あり] 下血:[なし・あり]			肝腫大:[なし・あり] 消化管出血:[なし・あり]			脾腫大:[なし・あり]		
	精神・神経	脳出血:[なし・あり]								
	腎・泌尿器	血尿:[なし・あり]								
	内分泌・代謝	過多月経:[なし・あり]								
	耳鼻咽喉	鼻出血:[なし・あり]								
	その他	歯肉出血:[なし・あり] 症状(その他):()								
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載										
現在の生活状態	社会活動:[制限なし・制限あり] 社会活動(その他):() 日常生活:[制限なし・制限あり]									
症状	全身	易感染性:[なし・あり]			貧血:[なし・あり]					
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]			紫斑:[なし・あり]					
	消化器	黄疸:[なし・あり] 下血:[なし・あり]			肝腫大:[なし・あり] 消化管出血:[なし・あり]			脾腫大:[なし・あり]		
	精神・神経	脳出血:[なし・あり]								
	腎・泌尿器	血尿:[なし・あり]								
	内分泌・代謝	過多月経:[なし・あり]								
	耳鼻咽喉	鼻出血:[なし・あり]								
	その他	歯肉出血:[なし・あり] 症状(その他):()								

告示番号 **13** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載	
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()‰ 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 平均血小板容積 (MPV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒 ・ % PT-INR：() APTT：()秒 フィブリノゲン：()mg/dL 出血時間：()分 第Ⅶ因子活性：()% 第Ⅸ因子活性：()% 凝固因子活性 (その他)：() インヒビター：()BU VWF 抗原量 (VWF:Ag)：()% リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：()%
	FCM (GPIb/IX/V複合体)：[未実施 ・ 実施] 所見：()
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()
細胞表面抗原検査	細胞表面抗原検査：[未実施 ・ 実施] 所見：()
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()‰ 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 平均血小板容積 (MPV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒 ・ % PT-INR：() APTT：()秒 フィブリノゲン：()mg/dL 出血時間：()分 第Ⅶ因子活性：()% 第Ⅸ因子活性：()% 凝固因子活性 (その他)：() インヒビター：()BU VWF 抗原量 (VWF:Ag)：()% リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：()%
	FCM (GPIb/IX/V複合体)：[未実施 ・ 実施] 所見：()
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()
細胞表面抗原検査	細胞表面抗原検査：[未実施 ・ 実施] 所見：()
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()
既往歴	血栓または出血の既往：[なし ・ あり]
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：() ステロイド薬：[なし ・ あり] 抗線溶療法：[なし ・ あり]
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
治療	治療 (その他)：()
今後の治療方針	今後の治療方針：()
	治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月
医療機関・医師署名	
上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関住所	診療科
	医師名
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		12		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	33 血小板無力症							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢	歳 か月 日			性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定				
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI				
		年 月 日				年 月 日			肥満度	%			
発病時期	年 月 頃			初診日	年 月 日								
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳	なし ・ あり				
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性			なし ・ あり			
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明			小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
現在の生活状態	社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]												
症状	全身	易感染性: [なし ・ あり]			貧血: [なし ・ あり]								
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]			紫斑: [なし ・ あり]								
	消化器	黄疸: [なし ・ あり]			肝腫大: [なし ・ あり]			脾腫大: [なし ・ あり]					
		下血: [なし ・ あり]			消化管出血: [なし ・ あり]								
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	過多月経: [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]											
その他	歯肉出血: [なし ・ あり]			症状 (その他): ()									
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
現在の生活状態	社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]												
症状	全身	易感染性: [なし ・ あり]			貧血: [なし ・ あり]								
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]			紫斑: [なし ・ あり]								
	消化器	黄疸: [なし ・ あり]			肝腫大: [なし ・ あり]			脾腫大: [なし ・ あり]					
		下血: [なし ・ あり]			消化管出血: [なし ・ あり]								
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	過多月経: [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]											
その他	歯肉出血: [なし ・ あり]			症状 (その他): ()									

告示番号 **12** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()‰ 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 平均血小板容積 (MPV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒 ・ % PT-INR：() APTT：()秒 フィブリノゲン：()mg/dL 出血時間：()分 第Ⅶ因子活性：()% 第Ⅸ因子活性：()% 凝固因子活性 (その他)：() インヒビター：()BU VWF 抗原量 (VWF:Ag)：()% リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCO)：()%
	FCM (GPIb/IX/V複合体)：[未実施 ・ 実施] 所見：()
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()

細胞表面抗原検査	細胞表面抗原検査：[未実施 ・ 実施] 所見：()
----------	---------------------------------

遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
--------	--

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
------------	----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()‰ 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 平均血小板容積 (MPV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒 ・ % PT-INR：() APTT：()秒 フィブリノゲン：()mg/dL 出血時間：()分 第Ⅶ因子活性：()% 第Ⅸ因子活性：()% 凝固因子活性 (その他)：() インヒビター：()BU VWF 抗原量 (VWF:Ag)：()% リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：()%
	FCM (GPIb/IX/V複合体)：[未実施 ・ 実施] 所見：()
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()

細胞表面抗原検査	細胞表面抗原検査：[未実施 ・ 実施] 所見：()
----------	---------------------------------

遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
--------	--

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()
既往歴	血栓または出血の既往：[なし ・ あり]
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：() ステロイド薬：[なし ・ あり] 抗線溶療法：[なし ・ あり]
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
治療	治療 (その他)：()
今後の治療方針	今後の治療方針：()
	治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名	記載年月日	年	月	日
医療機関住所	診療科			
	医師名			
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

告示番号		11		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	34 血小板放出機構異常症							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
氏名 (Alphabet)													
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢			歳 か月 日			性別 男・女・性別未決定			
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所 () 都道府県 () 市区町村							
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI				
		年 月 日				年 月 日				肥満度	%		
発病時期	年 月 頃			初診日	年 月 日								
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他()												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)						療育手帳	なし・あり				
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)			なし・あり(等級 1級・2級・3級)									
現状評価	治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能						運動制限の必要性			なし・あり			
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する・しない・不明			小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当			する・しない・不明			
臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
現在の生活状態	社会活動:[制限なし・制限あり] 社会活動(その他):() 日常生活:[制限なし・制限あり]												
症状	全身	易感染性:[なし・あり]			貧血:[なし・あり]								
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]			紫斑:[なし・あり]			白皮症:[なし・あり]					
	消化器	黄疸:[なし・あり]			肝腫大:[なし・あり]			脾腫大:[なし・あり]					
		下血:[なし・あり]			消化管出血:[なし・あり]								
	精神・神経	脳出血:[なし・あり]											
	腎・泌尿器	血尿:[なし・あり]											
	内分泌・代謝	過多月経:[なし・あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血:[なし・あり]											
その他	歯肉出血:[なし・あり]			症状(その他):()									
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載													
現在の生活状態	社会活動:[制限なし・制限あり] 社会活動(その他):() 日常生活:[制限なし・制限あり]												
症状	全身	易感染性:[なし・あり]			貧血:[なし・あり]								
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]			紫斑:[なし・あり]			白皮症:[なし・あり]					
	消化器	黄疸:[なし・あり]			肝腫大:[なし・あり]			脾腫大:[なし・あり]					
		下血:[なし・あり]			消化管出血:[なし・あり]								
	精神・神経	脳出血:[なし・あり]											
	腎・泌尿器	血尿:[なし・あり]											
	内分泌・代謝	過多月経:[なし・あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血:[なし・あり]											
その他	歯肉出血:[なし・あり]			症状(その他):()									

告示番号 **11** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 平均血小板容積 (MPV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒 ・ % PT-INR：() APTT：()秒 フィブリノゲン：()mg/dL 出血時間：()分 第Ⅶ因子活性：()% 第Ⅸ因子活性：()% 凝固因子活性 (その他)：() インヒビター：()BU VWF抗原量 (VWF:Ag)：()% リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：()%
	FCM (GPIb/IX/V複合体)：[未実施 ・ 実施] 所見：()
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()
骨髓検査	骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
病理検査	骨髓生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 平均血小板容積 (MPV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒 ・ % PT-INR：() APTT：()秒 フィブリノゲン：()mg/dL 出血時間：()分 第Ⅶ因子活性：()% 第Ⅸ因子活性：()% 凝固因子活性 (その他)：() インヒビター：()BU VWF抗原量 (VWF:Ag)：()% リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：()%
	FCM (GPIb/IX/V複合体)：[未実施 ・ 実施] 所見：()
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()
骨髓検査	骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
病理検査	骨髓生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()
既往歴	血栓または出血の既往：[なし ・ あり]
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：() ステロイド薬：[なし ・ あり] 抗線溶療法：[なし ・ あり]
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
治療	治療 (その他)：()
今後の治療方針	今後の治療方針：() 治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名 記載年月日 年 月 日
医療機関住所
診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号 **14** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **1/2**

病名	32から34までに掲げるもののほか、血小板機能異常症 (具体的な疾病名:)					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号			受診日	年 月 日				
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)		
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男・女・性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村	
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI	
		年 月 日			年 月 日		肥満度	%
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日				
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他()							
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)				療育手帳	なし・あり	
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)		なし・あり(等級 1級・2級・3級)					
現状評価	治療・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能				運動制限の必要性		なし・あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する・しない・不明		小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当		する・しない・不明	
臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載								
症状	全身	易感染性:[なし・あり] 貧血:[なし・あり]						
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり] 紫斑:[なし・あり]						
	消化器	黄疸:[なし・あり]		肝腫大:[なし・あり]		脾腫大:[なし・あり]		
		下血:[なし・あり]		消化管出血:[なし・あり]				
	筋・骨格	四肢・骨格奇形:[なし・あり]						
	精神・神経	脳出血:[なし・あり]						
	腎・泌尿器	血尿:[なし・あり]						
	内分泌・代謝	過多月経:[なし・あり]						
耳鼻咽喉	鼻出血:[なし・あり]							
その他	小奇形:[なし・あり] 歯肉出血:[なし・あり] 症状(その他):()							
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載								
症状	全身	易感染性:[なし・あり] 貧血:[なし・あり]						
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり] 紫斑:[なし・あり]						
	消化器	黄疸:[なし・あり]		肝腫大:[なし・あり]		脾腫大:[なし・あり]		
		下血:[なし・あり]		消化管出血:[なし・あり]				
	筋・骨格	四肢・骨格奇形:[なし・あり]						
	精神・神経	脳出血:[なし・あり]						
	腎・泌尿器	血尿:[なし・あり]						
	内分泌・代謝	過多月経:[なし・あり]						
耳鼻咽喉	鼻出血:[なし・あり]							
その他	小奇形:[なし・あり] 歯肉出血:[なし・あり] 症状(その他):()							

告示番号 14 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/2
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載		
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 平均血小板容積 (MPV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒・% PT-INR：() APTT：()秒 フィブリノゲン：()mg/dL 出血時間：()分 第Ⅶ因子活性：()% 第Ⅸ因子活性：()% 凝固因子活性 (その他)：() インヒビター：()BU VWF抗原量 (VWF:Ag)：()% リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：()%	
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()	
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()	
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 平均血小板容積 (MPV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒・% PT-INR：() APTT：()秒 フィブリノゲン：()mg/dL 出血時間：()分 第Ⅶ因子活性：()% 第Ⅸ因子活性：()% 凝固因子活性 (その他)：() インヒビター：()BU VWF抗原量 (VWF:Ag)：()% リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：()%	
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()	
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()	
既往歴	血栓または出血の既往：[なし ・ あり]	
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：() ステロイド薬：[なし ・ あり] 抗線溶療法：[なし ・ あり]	
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]	
治療	治療 (その他)：()	
今後の治療方針	今後の治療方針：()	
	治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月	
医療機関・医師署名		
上記の通り診断します。		
医療機関名	記載年月日	年 月 日
医療機関住所	診療科	
	医師名	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号		31		血液疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2		
病名	36 先天性フィブリノーゲン欠乏症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号		受診日	年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳	か月	日	性別	男・女・性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県	() 市区町村		
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI			
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	肥満度	%			
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日						
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他()									
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)					療育手帳	なし・あり		
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)		なし・あり(等級 1級・2級・3級)							
現状評価	治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能				運動制限の必要性		なし・あり			
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する・しない・不明		小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当		する・しない・不明			
臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載										
現在の生活状態	社会活動:[制限なし・制限あり] 社会活動(その他):() 日常生活:[制限なし・制限あり]									
症状	全身	貧血:[なし・あり]			血栓症:[なし・あり]					
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]			紫斑:[なし・あり]			頭血腫:[なし・あり]		
	消化器	下血:[なし・あり]			消化管出血:[なし・あり]					
	筋・骨格	関節痛:[なし・あり]								
	精神・神経	脳出血:[なし・あり]								
	腎・泌尿器	血尿:[なし・あり]								
	耳鼻咽喉	鼻出血:[なし・あり]								
	その他	臍出血:[なし・あり]			歯肉出血:[なし・あり]					
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載										
現在の生活状態	社会活動:[制限なし・制限あり] 社会活動(その他):() 日常生活:[制限なし・制限あり]									
症状	全身	貧血:[なし・あり]			血栓症:[なし・あり]					
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]			紫斑:[なし・あり]			頭血腫:[なし・あり]		
	消化器	下血:[なし・あり]			消化管出血:[なし・あり]					
	筋・骨格	関節痛:[なし・あり]								
	精神・神経	脳出血:[なし・あり]								
	腎・泌尿器	血尿:[なし・あり]								
	耳鼻咽喉	鼻出血:[なし・あり]								
	その他	臍出血:[なし・あり]			歯肉出血:[なし・あり]					

告示番号 31 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/2
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載		
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 平均血小板容積 (MPV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒・% PT-INR：() APTT：()秒 フィブリノゲン：()mg/dL 出血時間：()分 第Ⅶ因子活性：()% 第Ⅸ因子活性：()% 凝固因子活性 (その他)：() インヒビター：()BU VWF抗原量 (VWF:Ag)：()% リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：()%	
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()	
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()	
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 平均血小板容積 (MPV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒・% PT-INR：() APTT：()秒 フィブリノゲン：()mg/dL 出血時間：()分 第Ⅶ因子活性：()% 第Ⅸ因子活性：()% 凝固因子活性 (その他)：() インヒビター：()BU VWF抗原量 (VWF:Ag)：()% リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：()%	
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()	
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()	
既往歴	血栓または出血の既往：[なし ・ あり]	
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：()	
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]	
治療	治療 (その他)：()	
今後の治療方針	今後の治療方針：()	
	治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月	
医療機関・医師署名		
上記の通り診断します。		
医療機関名	記載年月日	年 月 日
医療機関住所	診療科	
	医師名	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号		32		血液疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2		
病名	37 先天性プロトロンビン欠乏症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日						
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村			
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI			
		年 月 日			年 月 日		肥満度	%		
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日						
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()									
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)				療育手帳	なし ・ あり			
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)							
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				運動制限の必要性		なし ・ あり			
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載										
現在の生活状態	社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]									
症 状	全身	貧血: [なし ・ あり]								
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]				紫斑: [なし ・ あり]				
	消化器	下血: [なし ・ あり]				消化管出血: [なし ・ あり]				
	筋・骨格	関節痛: [なし ・ あり]								
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]								
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]								
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]								
	その他	歯肉出血: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()								
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
現在の生活状態	社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]									
症 状	全身	貧血: [なし ・ あり]								
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]				紫斑: [なし ・ あり]				
	消化器	下血: [なし ・ あり]				消化管出血: [なし ・ あり]				
	筋・骨格	関節痛: [なし ・ あり]								
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]								
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]								
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]								
	その他	歯肉出血: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()								

告示番号 **32** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数：()/μL	好中球：()%	リンパ球：()%	単球：()%
	好酸球：()%	網赤血球：()%	赤血球数：()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL
	平均赤血球容積 (MCV)：()fL	平均血小板容積 (MPV)：()fL	血小板数：()×10 ⁴ /μL	
	PT：()秒 ・ %	PT-INR：()	APTT：()秒	
	フィブリノゲン：()mg/dL	出血時間：()分	第Ⅶ因子活性：()%	第Ⅸ因子活性：()%
	凝固因子活性 (その他)：()			
	インヒビター：()BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：()%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCO)：()%	

血小板機能検査：[未実施 ・ 実施]	
検査方法：()	
所見：()	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	所見：()	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
------------	----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：()/μL	好中球：()%	リンパ球：()%	単球：()%
	好酸球：()%	網赤血球：()%	赤血球数：()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL
	平均赤血球容積 (MCV)：()fL	平均血小板容積 (MPV)：()fL	血小板数：()×10 ⁴ /μL	
	PT：()秒 ・ %	PT-INR：()	APTT：()秒	
	フィブリノゲン：()mg/dL	出血時間：()分	第Ⅶ因子活性：()%	第Ⅸ因子活性：()%
	凝固因子活性 (その他)：()			
	インヒビター：()BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：()%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCO)：()%	

血小板機能検査：[未実施 ・ 実施]	
検査方法：()	
所見：()	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	所見：()	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり]	詳細：()
既往歴	血栓または出血の既往：[なし ・ あり]	
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]	

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 薬剤名：()	
	再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：()	
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]	
	血小板輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]	
治療	治療 (その他)：()	
今後の治療方針	今後の治療方針：()	
	治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日)	
	治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月	

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。			
医療機関名		記載年月日	年 月 日
医療機関住所		診療科	
		医師名	
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号		33		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	38 第V因子欠乏症							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号			受診日	年 月 日									
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定						
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村						
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		肥満度	%						
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)					療育手帳	なし ・ あり					
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性			なし ・ あり				
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明				
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
現在の生活状態	社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]												
症 状	全身	貧血: [なし ・ あり]					血栓症: [なし ・ あり]						
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]					紫斑: [なし ・ あり]						
	消化器	下血: [なし ・ あり]					消化管出血: [なし ・ あり]						
	筋・骨格	関節痛: [なし ・ あり]											
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]											
	その他	歯肉出血: [なし ・ あり]					症状 (その他): ()						
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
現在の生活状態	社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]												
症 状	全身	貧血: [なし ・ あり]					血栓症: [なし ・ あり]						
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]					紫斑: [なし ・ あり]						
	消化器	下血: [なし ・ あり]					消化管出血: [なし ・ あり]						
	筋・骨格	関節痛: [なし ・ あり]											
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]											
	その他	歯肉出血: [なし ・ あり]					症状 (その他): ()						

告示番号 33 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/2
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載		
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 平均血小板容積 (MPV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒・% PT-INR：() APTT：()秒 フィブリノゲン：()mg/dL 出血時間：()分 第Ⅶ因子活性：()% 第Ⅸ因子活性：()% 凝固因子活性 (その他)：() インヒビター：()BU VWF抗原量 (VWF:Ag)：()% リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：()%	
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()	
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()	
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 平均血小板容積 (MPV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒・% PT-INR：() APTT：()秒 フィブリノゲン：()mg/dL 出血時間：()分 第Ⅶ因子活性：()% 第Ⅸ因子活性：()% 凝固因子活性 (その他)：() インヒビター：()BU VWF抗原量 (VWF:Ag)：()% リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：()%	
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()	
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()	
既往歴	血栓または出血の既往：[なし ・ あり]	
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：()	
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]	
治療	治療 (その他)：()	
今後の治療方針	今後の治療方針：()	
	治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月	
医療機関・医師署名		
上記の通り診断します。		
医療機関名	記載年月日	年 月 日
医療機関住所	診療科	
	医師名	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号		34		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	39 第Ⅶ因子欠乏症							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢	歳 か月 日			性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定				
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		肥満度	%						
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳	なし ・ あり				
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり				
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明				
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
現在の生活状態	社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]												
症 状	全身	貧血: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]					紫斑: [なし ・ あり]						
	消化器	下血: [なし ・ あり]					消化管出血: [なし ・ あり]						
	筋・骨格	関節痛: [なし ・ あり]											
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]											
	その他	歯肉出血: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
現在の生活状態	社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]												
症 状	全身	貧血: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]					紫斑: [なし ・ あり]						
	消化器	下血: [なし ・ あり]					消化管出血: [なし ・ あり]						
	筋・骨格	関節痛: [なし ・ あり]											
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]											
	その他	歯肉出血: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()											

告示番号 **34** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% 好酸球：()% 平均赤血球容積 (MCV)：()fL PT：()秒 ・ % フィブリノゲン：()mg/dL 凝固因子活性 (その他)：() インヒビター：()BU	好中球：()% 網赤血球：()% 平均血小板容積 (MPV)：()fL PT-INR：() 出血時間：()分 VWF 抗原量 (VWF:Ag)：()%	リンパ球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL 血小板数：()×10 ⁴ /μL APTT：()秒 第Ⅶ因子活性：()% 第Ⅸ因子活性：()%	単球：()% ヘモグロビン (Hb)：()g/dL
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()			
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()			
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()			

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% 好酸球：()% 平均赤血球容積 (MCV)：()fL PT：()秒 ・ % フィブリノゲン：()mg/dL 凝固因子活性 (その他)：() インヒビター：()BU	好中球：()% 網赤血球：()% 平均血小板容積 (MPV)：()fL PT-INR：() 出血時間：()分 VWF 抗原量 (VWF:Ag)：()%	リンパ球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL 血小板数：()×10 ⁴ /μL APTT：()秒 第Ⅶ因子活性：()% 第Ⅸ因子活性：()%	単球：()% ヘモグロビン (Hb)：()g/dL
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()			
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()			
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()			

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()
既往歴	血栓または出血の既往：[なし ・ あり]
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：()
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
治療	治療 (その他)：()
今後の治療方針	今後の治療方針：()
	治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名 記載年月日 年 月 日
医療機関住所 診療科 医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		29		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	40 血友病 A								受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日									
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定						
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村						
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		肥満度	%						
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校 (専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校 / 専修学校 など ・ 大学 (短期大学を含む) ・ 就労 (就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級 ・ 5 級 ・ 6 級)					療育手帳	なし ・ あり					
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級)									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性			なし ・ あり				
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 (診断時) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
現在の生活状態	社会活動 : [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他) : () 日常生活 : [制限なし ・ 制限あり]												
症 状	全身	貧血 : [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	出血斑 : [なし ・ あり]					紫斑 : [なし ・ あり]						
	消化器	下血 : [なし ・ あり]					消化管出血 : [なし ・ あり]						
	筋・骨格	関節内出血 : [なし ・ あり]					筋肉内出血 : [なし ・ あり]			関節痛 : [なし ・ あり]			
	精神・神経	脳出血 : [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿 : [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血 : [なし ・ あり]											
	その他	歯肉出血 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()											
臨床所見 (申請時) ※ 直近の状況を記載													
現在の生活状態	社会活動 : [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他) : () 日常生活 : [制限なし ・ 制限あり]												
症 状	全身	貧血 : [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	出血斑 : [なし ・ あり]					紫斑 : [なし ・ あり]						
	消化器	下血 : [なし ・ あり]					消化管出血 : [なし ・ あり]						
	筋・骨格	関節内出血 : [なし ・ あり]					筋肉内出血 : [なし ・ あり]			関節痛 : [なし ・ あり]			
	精神・神経	脳出血 : [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿 : [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血 : [なし ・ あり]											
	その他	歯肉出血 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()											

告示番号 **29** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載	
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 平均血小板容積 (MPV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒・% PT-INR：() APTT：()秒 フィブリノゲン：()mg/dL 出血時間：()分 第Ⅶ因子活性：()% 第Ⅸ因子活性：()% 凝固因子活性 (その他)：() インヒビター：()BU VWF抗原量 (VWF:Ag)：()% リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCO)：()% 血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 平均血小板容積 (MPV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒・% PT-INR：() APTT：()秒 フィブリノゲン：()mg/dL 出血時間：()分 第Ⅶ因子活性：()% 第Ⅸ因子活性：()% 凝固因子活性 (その他)：() インヒビター：()BU VWF抗原量 (VWF:Ag)：()% リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCO)：()% 血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()
既往歴	血栓または出血の既往：[なし ・ あり]
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]
重症度分類	重症度 (血友病)：[軽症 (凝固因子活性5%以上40%未満) ・ 中等症 (凝固因子活性1%以上5%未満) ・ 重症 (凝固因子活性1%未満)]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：()
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 所見：()
治療	治療 (その他)：()
今後の治療方針	今後の治療方針：() 治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月
医療機関・医師署名	
上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関住所	診療科
	医師名
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		30		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	41 血友病 B							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢	歳 か月 日			性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定				
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		肥満度	%						
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳	なし ・ あり				
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり				
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明				
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
現在の生活状態	社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]												
症状	全身	貧血: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]				紫斑: [なし ・ あり]							
	消化器	下血: [なし ・ あり]				消化管出血: [なし ・ あり]							
	筋・骨格	四肢・骨格奇形: [なし ・ あり]			関節内出血: [なし ・ あり]			筋肉内出血: [なし ・ あり]					
		関節痛: [なし ・ あり]											
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]											
その他	歯肉出血: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
現在の生活状態	社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]												
症状	全身	貧血: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]				紫斑: [なし ・ あり]							
	消化器	下血: [なし ・ あり]				消化管出血: [なし ・ あり]							
	筋・骨格	四肢・骨格奇形: [なし ・ あり]			関節内出血: [なし ・ あり]			筋肉内出血: [なし ・ あり]					
		関節痛: [なし ・ あり]											
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]											
その他	歯肉出血: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()												

告示番号 **30** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数：()/μL	好中球：()%	リンパ球：()%	単球：()%
	好酸球：()%	網赤血球：()%	赤血球数：()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL
	平均赤血球容積 (MCV)：()fL	平均血小板容積 (MPV)：()fL	血小板数：()×10 ⁴ /μL	
	PT：()秒 ・ %	PT-INR：()	APTT：()秒	
	フィブリノゲン：()mg/dL	出血時間：()分	第Ⅶ因子活性：()%	第Ⅸ因子活性：()%
	凝固因子活性 (その他)：()			
	インヒビター：()BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：()%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCO)：()%	
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施]			
	検査方法：()			
	所見：()			

遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	所見：()	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
------------	----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：()/μL	好中球：()%	リンパ球：()%	単球：()%
	好酸球：()%	網赤血球：()%	赤血球数：()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL
	平均赤血球容積 (MCV)：()fL	平均血小板容積 (MPV)：()fL	血小板数：()×10 ⁴ /μL	
	PT：()秒 ・ %	PT-INR：()	APTT：()秒	
	フィブリノゲン：()mg/dL	出血時間：()分	第Ⅶ因子活性：()%	第Ⅸ因子活性：()%
	凝固因子活性 (その他)：()			
	インヒビター：()BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：()%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCO)：()%	
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施]			
	検査方法：()			
	所見：()			

遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	所見：()	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり]	詳細：()
既往歴	血栓または出血の既往：[なし ・ あり]	
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]	
重症度分類	重症度 (血友病)：[軽症 (凝固因子活性5%以上40%未満) ・ 中等症 (凝固因子活性1%以上5%未満) ・ 重症 (凝固因子活性1%未満)]	

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 薬剤名：()	
	再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：()	
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]	
	血小板輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]	
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日：(年 月 日)
	所見：()	
治療	治療 (その他)：()	
今後の治療方針	今後の治療方針：()	
	治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日)	
	治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日)	通院頻度：()回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名	記載年月日	年	月	日
医療機関住所	診療科			
	医師名			
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

告示番号		35		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	42 第X因子欠乏症								受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日									
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定						
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村						
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI			肥満度	%		
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校 (専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校 / 専修学校 など ・ 大学 (短期大学を含む) ・ 就労 (就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級 ・ 5 級 ・ 6 級)					療育手帳	なし ・ あり					
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級)									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性		なし ・ あり					
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明				
臨床所見 (診断時) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
現在の生活状態	社会活動 : [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他) : () 日常生活 : [制限なし ・ 制限あり]												
症状	全身	貧血 : [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	出血斑 : [なし ・ あり]					紫斑 : [なし ・ あり]						
	消化器	下血 : [なし ・ あり]					消化管出血 : [なし ・ あり]						
	筋・骨格	関節内出血 : [なし ・ あり]					筋肉内出血 : [なし ・ あり]			関節痛 : [なし ・ あり]			
	精神・神経	脳出血 : [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿 : [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血 : [なし ・ あり]											
	その他	歯肉出血 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()											
臨床所見 (申請時) ※ 直近の状況を記載													
現在の生活状態	社会活動 : [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他) : () 日常生活 : [制限なし ・ 制限あり]												
症状	全身	貧血 : [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	出血斑 : [なし ・ あり]					紫斑 : [なし ・ あり]						
	消化器	下血 : [なし ・ あり]					消化管出血 : [なし ・ あり]						
	筋・骨格	関節内出血 : [なし ・ あり]					筋肉内出血 : [なし ・ あり]			関節痛 : [なし ・ あり]			
	精神・神経	脳出血 : [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿 : [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血 : [なし ・ あり]											
	その他	歯肉出血 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()											

告示番号 35 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/2
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載		
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 平均血小板容積 (MPV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒 ・ % PT-INR：() APTT：()秒 フィブリノゲン：()mg/dL 出血時間：()分 第Ⅶ因子活性：()% 第Ⅸ因子活性：()% 凝固因子活性 (その他)：() インヒビター：()BU VWF 抗原量 (VWF:Ag)：()% リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：()%	
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()	
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()	
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 平均血小板容積 (MPV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒 ・ % PT-INR：() APTT：()秒 フィブリノゲン：()mg/dL 出血時間：()分 第Ⅶ因子活性：()% 第Ⅸ因子活性：()% 凝固因子活性 (その他)：() インヒビター：()BU VWF 抗原量 (VWF:Ag)：()% リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：()%	
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()	
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()	
既往歴	血栓または出血の既往：[なし ・ あり]	
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：()	
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]	
治療	治療 (その他)：()	
今後の治療方針	今後の治療方針：()	
	治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月	
医療機関・医師署名		
上記の通り診断します。		
医療機関名	記載年月日 年 月 日	
医療機関住所	診療科	
	医師名	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号		36		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	43 第XI因子欠乏症								受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日									
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定						
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村						
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI						
		年 月 日	年 月 日		肥満度	%							
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)					療育手帳	なし ・ あり					
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性		なし ・ あり					
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明				
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
現在の生活状態	社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]												
症状	全身	貧血: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]					紫斑: [なし ・ あり]						
	消化器	下血: [なし ・ あり]					消化管出血: [なし ・ あり]						
	筋・骨格	関節痛: [なし ・ あり]											
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]											
	その他	歯肉出血: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
現在の生活状態	社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]												
症状	全身	貧血: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]					紫斑: [なし ・ あり]						
	消化器	下血: [なし ・ あり]					消化管出血: [なし ・ あり]						
	筋・骨格	関節痛: [なし ・ あり]											
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]											
	その他	歯肉出血: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()											

告示番号 **36** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数：()/μL	好中球：()%	リンパ球：()%	単球：()%
	好酸球：()%	網赤血球：()%	赤血球数：()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL
	平均赤血球容積 (MCV)：()fL	平均血小板容積 (MPV)：()fL	血小板数：()×10 ⁴ /μL	
	PT：()秒 ・ %	PT-INR：()	APTT：()秒	
	フィブリノゲン：()mg/dL	出血時間：()分	第Ⅶ因子活性：()%	第Ⅸ因子活性：()%
	凝固因子活性 (その他)：()			
	インヒビター：()BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：()%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCO)：()%	
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施]			
	検査方法：()			
	所見：()			

遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	所見：()	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
------------	----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：()/μL	好中球：()%	リンパ球：()%	単球：()%
	好酸球：()%	網赤血球：()%	赤血球数：()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL
	平均赤血球容積 (MCV)：()fL	平均血小板容積 (MPV)：()fL	血小板数：()×10 ⁴ /μL	
	PT：()秒 ・ %	PT-INR：()	APTT：()秒	
	フィブリノゲン：()mg/dL	出血時間：()分	第Ⅶ因子活性：()%	第Ⅸ因子活性：()%
	凝固因子活性 (その他)：()			
	インヒビター：()BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：()%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCO)：()%	
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施]			
	検査方法：()			
	所見：()			

遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	所見：()	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり]	詳細：()
既往歴	血栓または出血の既往：[なし ・ あり]	
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]	

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 薬剤名：()	
	再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：()	
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]	
	血小板輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]	
治療	治療 (その他)：()	
今後の治療方針	今後の治療方針：()	
	治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日)	
	治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日)	通院頻度：()回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名	記載年月日	年 月 日
医療機関住所	診療科	医師名
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号		37		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	44 第四因子欠乏症								受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢	歳 か月 日			性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定				
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		肥満度	%						
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳	なし ・ あり				
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり				
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明				
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
現在の生活状態	社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]												
症 状	全身	貧血: [なし ・ あり]					血栓症: [なし ・ あり]						
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]					紫斑: [なし ・ あり]						
	消化器	下血: [なし ・ あり]					消化管出血: [なし ・ あり]						
	筋・骨格	関節痛: [なし ・ あり]											
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]											
	その他	歯肉出血: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
現在の生活状態	社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]												
症 状	全身	貧血: [なし ・ あり]					血栓症: [なし ・ あり]						
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]					紫斑: [なし ・ あり]						
	消化器	下血: [なし ・ あり]					消化管出血: [なし ・ あり]						
	筋・骨格	関節痛: [なし ・ あり]											
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]											
	その他	歯肉出血: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()											

告示番号 **37** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数：()/μL	好中球：()%	リンパ球：()%	単球：()%
	好酸球：()%	網赤血球：()%	赤血球数：()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL
	平均赤血球容積 (MCV)：()fL	平均血小板容積 (MPV)：()fL	血小板数：()×10 ⁴ /μL	
	PT：()秒 ・ %	PT-INR：()	APTT：()秒	
	フィブリノゲン：()mg/dL	出血時間：()分	第Ⅶ因子活性：()%	第Ⅸ因子活性：()%
	凝固因子活性 (その他)：()			
	インヒビター：()BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：()%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCO)：()%	
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施]			
	検査方法：()			
	所見：()			

遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	所見：()	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
------------	----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：()/μL	好中球：()%	リンパ球：()%	単球：()%
	好酸球：()%	網赤血球：()%	赤血球数：()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL
	平均赤血球容積 (MCV)：()fL	平均血小板容積 (MPV)：()fL	血小板数：()×10 ⁴ /μL	
	PT：()秒 ・ %	PT-INR：()	APTT：()秒	
	フィブリノゲン：()mg/dL	出血時間：()分	第Ⅶ因子活性：()%	第Ⅸ因子活性：()%
	凝固因子活性 (その他)：()			
	インヒビター：()BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：()%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCO)：()%	
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施]			
	検査方法：()			
	所見：()			

遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	所見：()	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり]	詳細：()
既往歴	血栓または出血の既往：[なし ・ あり]	
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]	

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 薬剤名：()	
	再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：()	
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]	
	血小板輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]	
治療	治療 (その他)：()	
今後の治療方針	今後の治療方針：()	
	治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日)	
	治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日)	通院頻度：()回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名	記載年月日	年 月 日
医療機関住所	診療科	
	医師名	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号		38		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	45 第XIII因子欠乏症								受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日									
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI						
		年 月 日			年 月 日		肥満度	%					
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)					療育手帳	なし ・ あり					
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性		なし ・ あり					
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明					
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
現在の生活状態	社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]												
症 状	全身	貧血: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]					紫斑: [なし ・ あり]						
	消化器	下血: [なし ・ あり]					消化管出血: [なし ・ あり]						
	筋・骨格	関節痛: [なし ・ あり]											
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]											
	その他	歯肉出血: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
現在の生活状態	社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]												
症 状	全身	貧血: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]					紫斑: [なし ・ あり]						
	消化器	下血: [なし ・ あり]					消化管出血: [なし ・ あり]						
	筋・骨格	関節痛: [なし ・ あり]											
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]											
	その他	歯肉出血: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()											

告示番号 38 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2	
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載	
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 平均血小板容積 (MPV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒・% PT-INR：() APTT：()秒 フィブリノゲン：()mg/dL 出血時間：()分 第Ⅶ因子活性：()% 第Ⅸ因子活性：()% 凝固因子活性 (その他)：() インヒビター：()BU VWF抗原量 (VWF:Ag)：()% リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：()%
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 平均血小板容積 (MPV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒・% PT-INR：() APTT：()秒 フィブリノゲン：()mg/dL 出血時間：()分 第Ⅶ因子活性：()% 第Ⅸ因子活性：()% 凝固因子活性 (その他)：() インヒビター：()BU VWF抗原量 (VWF:Ag)：()% リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：()%
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()
既往歴	血栓または出血の既往：[なし ・ あり]
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：()
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
治療	治療 (その他)：()
今後の治療方針	今後の治療方針：() 治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月
医療機関・医師署名	
上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関住所	診療科
	医師名
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		39		血液疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	46 フォンウィルブランド (von Willebrand) 病					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号		受診日	年 月 日						
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳	か月	日	性別	男・女・性別未決定
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県	() 市区町村	
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI		
		年 月 日	年 月 日		肥満度	%			
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日					
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他()								
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)					療育手帳	なし・あり	
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)		なし・あり(等級 1級・2級・3級)						
現状評価	治療・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能					運動制限の必要性		なし・あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する・しない・不明		小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当			する・しない・不明	
臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載									
現在の生活状態	社会活動:[制限なし・制限あり] 社会活動(その他):() 日常生活:[制限なし・制限あり]								
症 状	全身	貧血:[なし・あり]							
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]				紫斑:[なし・あり]			
	消化器	下血:[なし・あり]				消化管出血:[なし・あり]			
	筋・骨格	関節痛:[なし・あり]							
	精神・神経	脳出血:[なし・あり]							
	腎・泌尿器	血尿:[なし・あり]							
	耳鼻咽喉	鼻出血:[なし・あり]							
	その他	歯肉出血:[なし・あり] 症状(その他):()							
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載									
現在の生活状態	社会活動:[制限なし・制限あり] 社会活動(その他):() 日常生活:[制限なし・制限あり]								
症 状	全身	貧血:[なし・あり]							
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]				紫斑:[なし・あり]			
	消化器	下血:[なし・あり]				消化管出血:[なし・あり]			
	筋・骨格	関節痛:[なし・あり]							
	精神・神経	脳出血:[なし・あり]							
	腎・泌尿器	血尿:[なし・あり]							
	耳鼻咽喉	鼻出血:[なし・あり]							
	その他	歯肉出血:[なし・あり] 症状(その他):()							

告示番号 **39** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数：()/μL	好中球：()%	リンパ球：()%	単球：()%
	好酸球：()%	網赤血球：()%	赤血球数：()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL
	平均赤血球容積 (MCV)：()fL	平均血小板容積 (MPV)：()fL	血小板数：()×10 ⁴ /μL	
	PT：()秒 ・ %	PT-INR：()	APTT：()秒	
	フィブリノゲン：()mg/dL	出血時間：()分	第Ⅶ因子活性：()%	第Ⅸ因子活性：()%
	凝固因子活性 (その他)：()			
	インヒビター：()BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：()%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：()%	

血小板機能検査：[未実施 ・ 実施]	
検査方法：()	
所見：()	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	所見：()	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
------------	----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：()/μL	好中球：()%	リンパ球：()%	単球：()%
	好酸球：()%	網赤血球：()%	赤血球数：()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL
	平均赤血球容積 (MCV)：()fL	平均血小板容積 (MPV)：()fL	血小板数：()×10 ⁴ /μL	
	PT：()秒 ・ %	PT-INR：()	APTT：()秒	
	フィブリノゲン：()mg/dL	出血時間：()分	第Ⅶ因子活性：()%	第Ⅸ因子活性：()%
	凝固因子活性 (その他)：()			
	インヒビター：()BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：()%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：()%	

血小板機能検査：[未実施 ・ 実施]	
検査方法：()	
所見：()	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	所見：()	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり]	詳細：()
既往歴	血栓または出血の既往：[なし ・ あり]	
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]	

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 薬剤名：()	
	再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：()	
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]	
	血小板輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]	
治療	治療 (その他)：()	
今後の治療方針	今後の治療方針：()	
	治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日)	
	治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月	

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関住所	診療科
	医師名
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		40		血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	47 36から46までに掲げるもののほか、先天性血液凝固因子異常 (具体的な疾病名:)					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
受給者番号		受診日	年 月 日				
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)		
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳	か月	日	性別 男・女・性別未決定
出生体重	g	出生週数	在胎 週	日	出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村	
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI
		年 月 日			年 月 日	肥満度	%
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日			
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他()						
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)				療育手帳	なし・あり
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)		なし・あり(等級 1級・2級・3級)				
現状評価	治療・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能				運動制限の必要性		なし・あり
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する・しない・不明		小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当		する・しない・不明
臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載							
現在の生活状態	社会活動:[制限なし・制限あり] 社会活動(その他):() 日常生活:[制限なし・制限あり]						
症状	全身	貧血:[なし・あり]					
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]		紫斑:[なし・あり]			
	消化器	下血:[なし・あり]		消化管出血:[なし・あり]			
	筋・骨格	関節痛:[なし・あり]					
	精神・神経	脳出血:[なし・あり]					
	腎・泌尿器	血尿:[なし・あり]					
	耳鼻咽喉	鼻出血:[なし・あり]					
	その他	歯肉出血:[なし・あり] 症状(その他):()					
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載							
現在の生活状態	社会活動:[制限なし・制限あり] 社会活動(その他):() 日常生活:[制限なし・制限あり]						
症状	全身	貧血:[なし・あり]					
	皮膚・粘膜	出血斑:[なし・あり]		紫斑:[なし・あり]			
	消化器	下血:[なし・あり]		消化管出血:[なし・あり]			
	筋・骨格	関節痛:[なし・あり]					
	精神・神経	脳出血:[なし・あり]					
	腎・泌尿器	血尿:[なし・あり]					
	耳鼻咽喉	鼻出血:[なし・あり]					
	その他	歯肉出血:[なし・あり] 症状(その他):()					

告示番号 **40** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数：()/μL	好中球：()%	リンパ球：()%	単球：()%
	好酸球：()%	網赤血球：()%	赤血球数：()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL
	平均赤血球容積 (MCV)：()fL	平均血小板容積 (MPV)：()fL	血小板数：()×10 ⁴ /μL	
	PT：()秒 ・ %	PT-INR：()	APTT：()秒	
	フィブリノゲン：()mg/dL	出血時間：()分	第Ⅶ因子活性：()%	第Ⅸ因子活性：()%
	凝固因子活性 (その他)：()			
	インヒビター：()BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：()%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：()%	
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施]			
	検査方法：()			
	所見：()			

遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	所見：()	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
------------	----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：()/μL	好中球：()%	リンパ球：()%	単球：()%
	好酸球：()%	網赤血球：()%	赤血球数：()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL
	平均赤血球容積 (MCV)：()fL	平均血小板容積 (MPV)：()fL	血小板数：()×10 ⁴ /μL	
	PT：()秒 ・ %	PT-INR：()	APTT：()秒	
	フィブリノゲン：()mg/dL	出血時間：()分	第Ⅶ因子活性：()%	第Ⅸ因子活性：()%
	凝固因子活性 (その他)：()			
	インヒビター：()BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：()%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：()%	
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施]			
	検査方法：()			
	所見：()			

遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	所見：()	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり]	詳細：()
既往歴	血栓または出血の既往：[なし ・ あり]	
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]	

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 薬剤名：()
	再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：()
	抗線溶療法：[なし ・ あり]
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
	血小板輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
治療	治療 (その他)：()
今後の治療方針	今後の治療方針：()
	治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日)
	治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名 _____ 記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関住所 _____

診療科 _____

医師名 _____

小児慢性特定疾病 指定医番号 (_____)

告示番号		44		血液疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	48 先天性プロテインC欠乏症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号			受診日	年 月 日					
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定		
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村		
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI		
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日		肥満度	%	
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日					
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校 (専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校 / 専修学校 など ・ 大学 (短期大学を含む) ・ 就労 (就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()								
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級 ・ 5 級 ・ 6 級)				療育手帳	なし ・ あり		
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級)						
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				運動制限の必要性		なし ・ あり		
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		
臨床所見 (診断時) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載									
現在の生活状態	社会活動 : [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他) : () 日常生活 : [制限なし ・ 制限あり]								
症状	全身	易感染性 : [なし ・ あり]		貧血 : [なし ・ あり]		DIC : [なし ・ あり]			
		血栓症 : [なし ・ あり]							
	皮膚・粘膜	発疹 : [なし ・ あり]		出血斑 : [なし ・ あり]		紫斑 : [なし ・ あり]			
	消化器	下血 : [なし ・ あり]		消化管出血 : [なし ・ あり]					
	筋・骨格	関節痛 : [なし ・ あり]							
	精神・神経	神経症状 : [なし ・ あり]		脳出血 : [なし ・ あり]					
	腎・泌尿器	血尿 : [なし ・ あり]		腎機能低下 : [なし ・ あり]					
	内分泌・代謝	過多月経 : [なし ・ あり]							
耳鼻咽喉	鼻出血 : [なし ・ あり]								
その他	歯肉出血 : [なし ・ あり]		症状 (その他) : ()						
臨床所見 (申請時) ※ 直近の状況を記載									
現在の生活状態	社会活動 : [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他) : () 日常生活 : [制限なし ・ 制限あり]								
症状	全身	易感染性 : [なし ・ あり]		貧血 : [なし ・ あり]		DIC : [なし ・ あり]			
		血栓症 : [なし ・ あり]							
	皮膚・粘膜	発疹 : [なし ・ あり]		出血斑 : [なし ・ あり]		紫斑 : [なし ・ あり]			
	消化器	下血 : [なし ・ あり]		消化管出血 : [なし ・ あり]					
	筋・骨格	関節痛 : [なし ・ あり]							
	精神・神経	神経症状 : [なし ・ あり]		脳出血 : [なし ・ あり]					
	腎・泌尿器	血尿 : [なし ・ あり]		腎機能低下 : [なし ・ あり]					
	内分泌・代謝	過多月経 : [なし ・ あり]							
耳鼻咽喉	鼻出血 : [なし ・ あり]								
その他	歯肉出血 : [なし ・ あり]		症状 (その他) : ()						

告示番号 **44** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数：()/μL	好中球：()%	リンパ球：()%	単球：()%
	好酸球：()%	網赤血球：()%	赤血球数：()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL
	平均赤血球容積 (MCV)：()fL	平均血小板容積 (MPV)：()fL	血小板数：()×10 ⁴ /μL	
	PT：()秒 ・ %	PT-INR：()	APTT：()秒	
	フィブリノゲン：()mg/dL	出血時間：()分	第Ⅶ因子活性：()%	第Ⅸ因子活性：()%
	凝固因子活性 (その他)：()			
	プロテインC活性：()%・未実施	プロテインS活性：()%・未実施		
	インヒビター：()BU	VWF抗原量 (VWF:Ag)：()%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：()%	
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施]			
	検査方法：()			
	所見：()			

遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	所見：()	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
------------	----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：()/μL	好中球：()%	リンパ球：()%	単球：()%
	好酸球：()%	網赤血球：()%	赤血球数：()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL
	平均赤血球容積 (MCV)：()fL	平均血小板容積 (MPV)：()fL	血小板数：()×10 ⁴ /μL	
	PT：()秒 ・ %	PT-INR：()	APTT：()秒	
	フィブリノゲン：()mg/dL	出血時間：()分	第Ⅶ因子活性：()%	第Ⅸ因子活性：()%
	凝固因子活性 (その他)：()			
	プロテインC活性：()%・未実施	プロテインS活性：()%・未実施		
	インヒビター：()BU	VWF抗原量 (VWF:Ag)：()%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：()%	
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施]			
	検査方法：()			
	所見：()			

遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	所見：()	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり]	詳細：()
既往歴	血栓または出血の既往：[なし ・ あり]	
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]	

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[なし ・ あり]	薬剤名：()
	抗凝固療法：[なし ・ あり]	薬剤名：()
	再発予防法：[なし ・ あり]	薬剤名：()
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり]	頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
	血小板輸血：[なし ・ あり]	頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
治療	治療 (その他)：()	
今後の治療方針	今後の治療方針：()	
	治療見込み期間 (入院)	開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日)
	治療見込み期間 (外来)	開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名	記載年月日	年 月 日
医療機関住所	診療科	
	医師名	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号		45		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	49 先天性プロテインS欠乏症								受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日									
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定						
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村						
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI			肥満度	%		
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校 (専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校 / 専修学校 など ・ 大学 (短期大学を含む) ・ 就労 (就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級 ・ 5 級 ・ 6 級)					療育手帳	なし ・ あり					
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級)									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性		なし ・ あり					
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明				
臨床所見 (診断時) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
現在の生活状態	社会活動 : [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他) : () 日常生活 : [制限なし ・ 制限あり]												
症状	全身	易感染性 : [なし ・ あり]			貧血 : [なし ・ あり]			DIC : [なし ・ あり]					
	皮膚・粘膜	発疹 : [なし ・ あり]			出血斑 : [なし ・ あり]			紫斑 : [なし ・ あり]					
	消化器	下血 : [なし ・ あり]			消化管出血 : [なし ・ あり]								
	筋・骨格	関節痛 : [なし ・ あり]											
	精神・神経	神経症状 : [なし ・ あり]			脳出血 : [なし ・ あり]								
	腎・泌尿器	血尿 : [なし ・ あり]			腎機能低下 : [なし ・ あり]								
	内分泌・代謝	過多月経 : [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血 : [なし ・ あり]											
その他	歯肉出血 : [なし ・ あり]			症状 (その他) : ()									
臨床所見 (申請時) ※ 直近の状況を記載													
現在の生活状態	社会活動 : [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他) : () 日常生活 : [制限なし ・ 制限あり]												
症状	全身	易感染性 : [なし ・ あり]			貧血 : [なし ・ あり]			DIC : [なし ・ あり]					
	皮膚・粘膜	発疹 : [なし ・ あり]			出血斑 : [なし ・ あり]			紫斑 : [なし ・ あり]					
	消化器	下血 : [なし ・ あり]			消化管出血 : [なし ・ あり]								
	筋・骨格	関節痛 : [なし ・ あり]											
	精神・神経	神経症状 : [なし ・ あり]			脳出血 : [なし ・ あり]								
	腎・泌尿器	血尿 : [なし ・ あり]			腎機能低下 : [なし ・ あり]								
	内分泌・代謝	過多月経 : [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血 : [なし ・ あり]											
その他	歯肉出血 : [なし ・ あり]			症状 (その他) : ()									

告示番号 **45** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数：()/μL	好中球：()%	リンパ球：()%	単球：()%
	好酸球：()%	網赤血球：()%	赤血球数：()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL
	平均赤血球容積 (MCV)：()fL	平均血小板容積 (MPV)：()fL	血小板数：()×10 ⁴ /μL	
	PT：()秒 ・ %	PT-INR：()	APTT：()秒	
	フィブリノゲン：()mg/dL	出血時間：()分	第Ⅷ因子活性：()%	第Ⅸ因子活性：()%
	凝固因子活性 (その他)：()			
	プロテインC活性：()%・未実施	プロテインS活性：()%・未実施		
	インヒビター：()BU	VWF抗原量 (VWF:Ag)：()%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：()%	
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施]			
	検査方法：()			
	所見：()			

遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	所見：()	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
------------	----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：()/μL	好中球：()%	リンパ球：()%	単球：()%
	好酸球：()%	網赤血球：()%	赤血球数：()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL
	平均赤血球容積 (MCV)：()fL	平均血小板容積 (MPV)：()fL	血小板数：()×10 ⁴ /μL	
	PT：()秒 ・ %	PT-INR：()	APTT：()秒	
	フィブリノゲン：()mg/dL	出血時間：()分	第Ⅷ因子活性：()%	第Ⅸ因子活性：()%
	凝固因子活性 (その他)：()			
	プロテインC活性：()%・未実施	プロテインS活性：()%・未実施		
	インヒビター：()BU	VWF抗原量 (VWF:Ag)：()%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：()%	
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施]			
	検査方法：()			
	所見：()			

遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	所見：()	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり]	詳細：()
既往歴	血栓または出血の既往：[なし ・ あり]	
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]	

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[なし ・ あり]	薬剤名：()
	抗凝固療法：[なし ・ あり]	薬剤名：()
	再発予防法：[なし ・ あり]	薬剤名：()
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり]	頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
	血小板輸血：[なし ・ あり]	頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
治療	治療 (その他)：()	
今後の治療方針	今後の治療方針：()	
	治療見込み期間 (入院)	開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日)
	治療見込み期間 (外来)	開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名	記載年月日	年 月 日
医療機関住所	診療科	
	医師名	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号		28		血液疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2				
病名	50 先天性アンチトロンビン欠乏症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規					
受給者番号		受診日	年	月	日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か月	日	性別	男・女・性別未決定			
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	()	都道府県	()	市区町村		
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI					
	年	月	日	年	月	日	肥満度		%			
発病時期	年	月	頃	初診日	年	月	日					
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他()											
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)					療育手帳	なし・あり				
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)	なし・あり(等級 1級・2級・3級)										
現状評価	治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能					運動制限の必要性		なし・あり				
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する・しない・不明		小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当			する・しない・不明				
臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載												
現在の生活状態	社会活動:[制限なし・制限あり] 社会活動(その他):() 日常生活:[制限なし・制限あり]											
症状	全身	易感染性:[なし・あり]		貧血:[なし・あり]		DIC:[なし・あり]						
		血栓症:[なし・あり]										
	皮膚・粘膜	発疹:[なし・あり]		出血斑:[なし・あり]		紫斑:[なし・あり]						
	消化器	下血:[なし・あり]		消化管出血:[なし・あり]								
	筋・骨格	関節痛:[なし・あり]										
	精神・神経	神経症状:[なし・あり]		脳出血:[なし・あり]								
	腎・泌尿器	血尿:[なし・あり]		腎機能低下:[なし・あり]								
	内分泌・代謝	過多月経:[なし・あり]										
	耳鼻咽喉	鼻出血:[なし・あり]										
その他	歯肉出血:[なし・あり]		症状(その他):()									
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載												
現在の生活状態	社会活動:[制限なし・制限あり] 社会活動(その他):() 日常生活:[制限なし・制限あり]											
症状	全身	易感染性:[なし・あり]		貧血:[なし・あり]		DIC:[なし・あり]						
		血栓症:[なし・あり]										
	皮膚・粘膜	発疹:[なし・あり]		出血斑:[なし・あり]		紫斑:[なし・あり]						
	消化器	下血:[なし・あり]		消化管出血:[なし・あり]								
	筋・骨格	関節痛:[なし・あり]										
	精神・神経	神経症状:[なし・あり]		脳出血:[なし・あり]								
	腎・泌尿器	血尿:[なし・あり]		腎機能低下:[なし・あり]								
	内分泌・代謝	過多月経:[なし・あり]										
	耳鼻咽喉	鼻出血:[なし・あり]										
その他	歯肉出血:[なし・あり]		症状(その他):()									

告示番号 **28** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数：()/μL	好中球：()%	リンパ球：()%	単球：()%
	好酸球：()%	網赤血球：()%	赤血球数：()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL
	平均赤血球容積 (MCV)：()fL	平均血小板容積 (MPV)：()fL	血小板数：()×10 ⁴ /μL	
	PT：()秒 ・ %	PT-INR：()	APTT：()秒	
	フィブリノゲン：()mg/dL	出血時間：()分	第Ⅶ因子活性：()%	第Ⅸ因子活性：()%
	凝固因子活性 (その他)：()			
	プロテインC活性：()%・未実施	プロテインS活性：()%・未実施		
	インヒビター：()BU	VWF抗原量 (VWF:Ag)：()%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：()%	
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施]			
	検査方法：()			
	所見：()			

遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	所見：()	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
------------	----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：()/μL	好中球：()%	リンパ球：()%	単球：()%
	好酸球：()%	網赤血球：()%	赤血球数：()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL
	平均赤血球容積 (MCV)：()fL	平均血小板容積 (MPV)：()fL	血小板数：()×10 ⁴ /μL	
	PT：()秒 ・ %	PT-INR：()	APTT：()秒	
	フィブリノゲン：()mg/dL	出血時間：()分	第Ⅶ因子活性：()%	第Ⅸ因子活性：()%
	凝固因子活性 (その他)：()			
	プロテインC活性：()%・未実施	プロテインS活性：()%・未実施		
	インヒビター：()BU	VWF抗原量 (VWF:Ag)：()%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：()%	
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施]			
	検査方法：()			
	所見：()			

遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	所見：()	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり]	詳細：()
既往歴	血栓または出血の既往：[なし ・ あり]	
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]	

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[なし ・ あり]	薬剤名：()
	抗凝固療法：[なし ・ あり]	薬剤名：()
	再発予防法：[なし ・ あり]	薬剤名：()
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり]	頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
	血小板輸血：[なし ・ あり]	頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
治療	治療 (その他)：()	
今後の治療方針	今後の治療方針：()	
	治療見込み期間 (入院)	開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日)
	治療見込み期間 (外来)	開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名	記載年月日	年 月 日
医療機関住所	診療科	医師名
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号		19		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	51 骨髄線維症							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢	歳 か月 日			性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定				
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		肥満度	%						
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校 (専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校 / 専修学校 など ・ 大学 (短期大学を含む) ・ 就労 (就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級 ・ 5 級 ・ 6 級)						療育手帳	なし ・ あり				
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級)									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり				
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明				
臨床所見 (診断時) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
症状	全身	易感染性: [なし ・ あり]			貧血: [なし ・ あり]								
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]			紫斑: [なし ・ あり]								
	消化器	黄疸: [なし ・ あり]			肝腫大: [なし ・ あり]			脾腫大: [なし ・ あり]					
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]											
	その他	症状 (その他): ()											
臨床所見 (申請時) ※ 直近の状況を記載													
症状	全身	易感染性: [なし ・ あり]			貧血: [なし ・ あり]								
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]			紫斑: [なし ・ あり]								
	消化器	黄疸: [なし ・ あり]			肝腫大: [なし ・ あり]			脾腫大: [なし ・ あり]					
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]											
	その他	症状 (その他): ()											
検査所見 (診断時) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液検査	白血球数: () / μ L		好中球: () %		リンパ球: () %		単球: () %						
	好酸球: () %		網赤血球: () %		赤血球数: () $\times 10^4 / \mu$ L		ヘモグロビン (Hb): () g/dL						
	平均赤血球容積 (MCV): () fL		平均血小板容積 (MPV): () fL		血小板数: () $\times 10^4 / \mu$ L		フィブリノゲン: () mg/dL		LDH: () U/L				
末梢血白血球形態異常: [なし ・ あり] 所見: ()													
末梢血赤血球形態異常: [なし ・ あり] 所見: ()													
骨髄検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		赤芽球系: () %		顆粒球系: () %		単球系: () %		リンパ球系: () %		
芽球系: () % 有核細胞数: () $\times 10^4 / \mu$ L													
病理検査	骨髄生検: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()								
画像検査	超音波検査 (肝 ・ 脾): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()								
	CT 検査 (肝): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()								

告示番号 **19** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()

検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()
------------	-----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()‰ 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 平均赤血球容積 (MCV): ()fL 平均血小板容積 (MPV): ()fL 血小板数: ()×10 ⁴ /μL フィブリノゲン: ()mg/dL LDH: ()U/L
	末梢血白血球形態異常: [なし ・ あり] 所見: ()
	末梢血赤血球形態異常: [なし ・ あり] 所見: ()

骨髄検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 赤芽球系: ()% 顆粒球系: ()% 単球系: ()% リンパ球系: ()% 芽球系: ()% 有核細胞数: ()×10 ⁴ /μL
	骨髄生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()

画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	CT検査 (肝): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()

遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()

検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()
------------	-----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()
-----	-----------------------------

既往歴	血栓または出血の既往: [なし ・ あり]
-----	-------------------------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	免疫抑制薬: [なし ・ あり] 薬剤名: ()
	抗腫瘍薬: [なし ・ あり] 薬剤名: ()
	ステロイド薬: [なし ・ あり]

手術	脾摘出術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
	手術 (その他): ()

移植	造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日: (年 月 日) ドナー: [血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアリール一致度: [8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] HLA抗原一致度: [完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明] ex vivo細胞除去: [未実施 ・ 実施 ・ 不明] 前処置: ()
	治療 (その他): ()
	今後の治療方針: ()

今後の治療方針	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日)
	治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名 _____ 記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関住所 _____

診療科 _____
医師名 _____
小児慢性特定疾病 指定医番号 (_____)

告示番号 20 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 1/2

Form with multiple sections: 病名 (再生不良性貧血), 受給者番号, 受診日, 受付種別, 新規, 氏名, 生年月日, 出生体重, 現在の身長・体重, 発病時期, 就学・就労状況, 手帳取得状況, 現状評価, 臨床所見 (診断時), 病型, 診断, 現在の生活状態, 症状, 臨床所見 (申請時), 検査所見 (診断時), 血液検査, 細胞表面抗原検査, 赤血球特殊検査, 骨髓検査.

告示番号 20 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2

Table with 2 columns: 検査項目 (検査項目) and 内容 (内容). Rows include 病理検査, 感染症免疫学的検査, 画像検査, 遺伝学的検査, and 検査所見 (その他).

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

Table with 2 columns: 検査項目 (検査項目) and 内容 (内容). Rows include 血液検査 (白血球数, 好中球, リンパ球, etc.), 細胞表面抗原検査 (CD59陰性細胞比率), 赤血球特殊検査, 骨髄検査, 病理検査, 感染症免疫学的検査, 画像検査, 遺伝学的検査, and 検査所見 (その他).

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

Table with 2 columns: 検査項目 (検査項目) and 内容 (内容). Rows include 合併症, 既往歴, 重症度分類, and 経過 (申請時) ※直近の状況を記載.

Table with 2 columns: 検査項目 (検査項目) and 内容 (内容). Row includes 薬物療法.

Table with 2 columns: 検査項目 (検査項目) and 内容 (内容). Row includes 輸血療法.

Table with 2 columns: 検査項目 (検査項目) and 内容 (内容). Row includes 移植.

Table with 2 columns: 検査項目 (検査項目) and 内容 (内容). Row includes 治療.

Table with 2 columns: 検査項目 (検査項目) and 内容 (内容). Row includes 今後の治療方針.

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名 記載年月日 年 月 日

医療機関住所 診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()